



HAL
open science

Les cas cliniques au siècle des Lumières : une étude des observations de la Société Royale de Médecine

Sophie Fruit

► **To cite this version:**

Sophie Fruit. Les cas cliniques au siècle des Lumières : une étude des observations de la Société Royale de Médecine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03281523

HAL Id: dumas-03281523

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281523>

Submitted on 8 Jul 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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sophie Fruit

le 18 juin 2021

TITRE

**Les cas cliniques au Siècle des Lumières :
une étude des Observations de la Société Royale de Médecine**

Directeur de thèse : Dr Yannick Barnier

JURY

Président :

Pr LAVABRE-BERTRAND Thierry

Assesseurs :

Dr COMPAN-MALET Marine

Dr BARNIER Yannick

Membres invités :

Pr SCHVED Jean-François

Pr LARREY Dominique

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sophie Fruit

le 18 juin 2021

TITRE

**Les cas cliniques au Siècle des Lumières :
une étude des Observations de la Société Royale de Médecine**

Directeur de thèse : Dr Yannick Barnier

JURY

Président :

Pr LAVABRE-BERTRAND Thierry

Assesseurs :

Dr COMPAN-MALET Marine

Dr BARNIER Yannick

Membres invités :

Pr SCHVED Jean-François

Pr LARREY Dominique

*Aux trois médecins qui rendent les rêves possibles,
Christophe,
Jacqueline,
Régis,*

*Cette thèse et ce qu'elle représente,
acte de création et acte de libération,
vous est dédiée.*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELLISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHFORD Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héliène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine



BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie



MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques



MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

Remerciements

À tous ceux qui ont participé à ce travail de thèse, qui m'a porté pendant trois ans,

Aux membres de mon jury, le Pr Lavabre-Bertrand, le Pr Larrey, le Pr Schved et le Dr Compan-Malet pour avoir accepté d'y siéger et de me faire l'honneur de discuter de mon travail. Je tiens à remercier en particulier **Marine Compan-Malet**, pour son soutien au tout début de ce projet, qui m'a aidé à mettre le pied à l'étrier. Et je remercie affectueusement **Jean-François Schved**. Merci pour ton amitié, pour la curiosité dont tu as fait preuve envers mon travail. Merci également d'avoir rendu le stage à Dakar possible : c'est là-bas que j'ai changé de regard sur la médecine et sur la maladie, et qu'en lisant Foucault, j'ai fait prendre à cette thèse un autre chemin.

Aux membres du projet REMEDE, Yannick Barnier, Stephen Baghdigian, Sylvaine Artero, Frédéric Landman, Michel Raymond, Marion Escobar, Jeanne Lesconnec, Marie Torcat, pour avoir été présents tout au long de ce travail. Je remercie en particulier **Michel Raymond**, pour avoir mis fin en toute simplicité à mes cauchemars statistiques, ainsi que **Yannick Barnier**, pour son rôle de maître d'œuvre du projet, et pour avoir dirigé cette thèse. Quand j'ai répondu à l'appel, en 2018, c'était par curiosité pour le siècle des Lumières. Je ne soupçonnais pas l'aventure qui m'attendait avec ce travail, et l'émerveillement qu'allait me procurer ce voyage dans le temps. Trois ans plus tard, je me sens riche de beaucoup de nouvelles choses, et reconnaissante envers toi de m'avoir ouvert cette porte vers l'histoire de la médecine et sa dimension philosophique. J'espère que notre collaboration perdurera au delà de cette thèse, que je suis fière de t'offrir. Je remercie également **Marion Escobar** et **Jeanne Lesconnec** pour la qualité de leurs travaux, qui m'ont fourni de multiples pistes de réflexion ainsi qu'une base solide pour envisager sereinement l'ampleur de la tâche. Enfin, je remercie **Marie Torcat** pour être devenue bien plus qu'une co-thésarde. Merci pour ton enthousiasme. Avec toi, l'écriture ne m'a jamais semblé solitaire, car tu as su m'assurer avec autant de talent pendant la rédaction de cette thèse que sur les falaises où tu m'as entraînée. Je ne doute pas que notre amitié perdurera au delà du projet REMEDE, nous avons encore des voies à ouvrir ensemble.

À William Agay-Beaujon, pour la relecture éclairée et exigeante de mon travail, et la belle rencontre qu'elle a occasionnée.

À tous ceux qui m'ont accompagnée durant mon internat,

À toute l'équipe du service des urgences de l'hôpital de Mende, pour avoir été les témoins de mes premiers pas d'interne pendant le semestre d'hiver 2018 et pour m'avoir si bien

soutenue. Les nombreux souvenirs heureux que je garde de cette période charnière pour moi me suivront pendant toute ma vie de médecin. Je remercie en particulier **Bernard Allègre**, pour ta générosité et pour le plaisir que j'ai eu à côtoyer ton piano. Je remercie également **Christophe Sayad**, pour le regard bienveillant que tu as porté sur moi, pour l'élan qu'il m'a donné, et pour cette amitié que tu m'as offerte et qui m'est si précieuse.

À la grande troupe lozérienne rencontrée autour du cabinet Piéncourt, pour les amitiés que nous avons liées. Comme disait Rabelais, auprès de vous j'ai trouvé bon vin et joyeuse compagnie. Il s'en est fallu de peu pour que je ne veuille plus repartir, soyez assurés en tout cas que je ne cesserai de revenir. Merci à **Aude Gerbal** et **Marie-Catherine Huerre**, pour m'avoir ouvert les portes de vos consultations, mais surtout pour votre accueil chaleureux et votre écoute amicale alors que je débutais en médecine générale. Merci à **Éric et Sylvie Fabre**, à **Bernard et Patricia Guilleré**, à **Samantha Giral** pour l'affection que vous me manifestez et qui me touche tellement. Merci à **Charles Laronze**, pour m'avoir fait sabrer aux lundis de Chabrits, pour les tournedos Rossini, les gambas au whisky et la fumée des cigares. Et merci infiniment à **Jacqueline Guilleré**, pour cet amour bienveillant dont tu rayannes et que tu offres à ton entourage avec largesse, pour ton génie dans l'art essentiel de la joie, auprès duquel je ne cesse de m'abreuver et de m'instruire.

Au service d'Addictologie du SSR du Grau du Roi, pour m'avoir offert le plus beau stage de mon internat. Je remercie en particulier **Julie Bernard**, pour ton énergie et les compétences que tu m'as transmises, ainsi que **Laure-Hélène Lefort** pour le temps que tu prends avec tes patients et le temps que tu m'as donné à moi aussi, pour échanger et m'encourager dans mes projets. Je n'oublie pas notre belle collaboration au service COVID de Nîmes, qui m'a tant apportée. Je remercie également **Renaud Vignet**, pour avoir partagé avec moi quelques passions, toujours avec légèreté, pour l'humour avec lequel tu sais désamorcer la peine, et pour ce goût de l'humain si contagieux. Enfin, je remercie avec émotion **Régis Alarcon**, pour ton estime et ton affection que tu m'as accordées si vite, qui m'ont changée et m'ont donné des ailes. Ce que j'ai appris à ton contact, m'est utile pour le soin – je m'amuse souvent en consultation à jouer au Dr Alarcon dont je me suis appropriée les méthodes – mais aussi pour la vie, où j'ai bien d'autres rôles à jouer.

À Adela Salomia et Annick Lecêtre, pour votre accueil à la PMI de Saint Martin, pour votre gentillesse, et pour cette découverte atypique de la pédiatrie, ce monde qui m'était inconnu et que vous m'avez si bien dévoilé.

Au service d'hématologie clinique du CNTS de Dakar et au service de médecine interne de l'hôpital Aristide Le Dantec, pour m'avoir offert ces terrains de stage si

particuliers pour moi. Je remercie spécialement **Habib Amoussa**, **Serge Mwamba** et **Alioune Badara Fall**, pour votre sens de la fraternité et pour nos échanges enrichissants.

Au Dr Brun d'Arre et au Dr Commeinhos, ainsi qu'au Dr Baylé, pour m'avoir confié vos patientèles durant mon SASPAS, et pour m'avoir permis si simplement de devenir un vrai médecin généraliste. Merci en particulier à **François Baylé** de m'avoir fait partager ton quotidien de médecin de Valleraugue, qui m'a beaucoup enrichie.

Aux Dr Ehlinger, Dr Panel, Dr Courtieu et Dr Cornille, pour m'avoir offert des compétences solides en gynécologie en cette fin d'internat. Je remercie en particulier **Émilie Ehlinger**, pour la bonne humeur dont tu fais preuve en toutes circonstances, qui a été une vraie bouffée d'air frais pendant ce dernier semestre souvent confiné.

Aux amis internes qui ont participé par leur présence à ces belles années,

À Delphine Ricordel, à Angélique Lacombe, à Megan Ferrière, pour la place magnifique que vous avez pris dans ma vie. Vous êtes « les copines », et vous savez ce que ce mot recèle de tendresse. **À Agnès Peltier**, pour la synchronicité et la richesse de nos discussions. **À Ali Roty**, pour la joie que tu as distillé avec ton génie culinaire à l'internat du Grau, pour tout ce que tu m'as appris et pour la confiance que tu m'accordes depuis plus d'un an. Enfin, merci à **Hugo Savajols**, l'éternel co-interne, le compagnon de route, pour le bonheur partagé de ces presque quatre années qui s'achèvent. Ton amitié est ce cadeau merveilleux que la vie m'a offert à l'aube de mon internat, j'en connais la valeur et j'en prendrai toujours soin.

Aux amis de toujours, pour les souvenirs que nous construisons ensemble,

Aux amis fantastiques, Marie Hauviller, Laura Ollivier, Cécile Tranzer, Anne-Cécile Schmitt, pour la joie de nos années lycées, et la famille que nous avons formée. **À Vincent Raynal**, pour ta redoutable intelligence et pour la légèreté que nous avons su insuffler à notre amitié depuis toutes ces années. **À Céline Creveau**, pour la petite connexion mystique qui nous unit. **À Anne-Charlotte Canet**, pour la poésie avec laquelle nous entretenons notre amitié. **À Mathilde White**, pour le Docteur qui nous a réunies. **À Lili Gyapay**, pour l'affection et le soutien que tu m'as offert au quotidien pendant notre externat. **À Baptiste Muscagorry**, qui m'aide malgré la distance à entretenir une certaine obsession pour une galaxie lointaine, très lointaine. **À Gabrielle Bravo Gala**, pour la joie de notre cohabitation à Dakar, et la profonde amitié qui y est née. **À Ylan Le Gall**, pour ce qui existe entre nous, et pour avoir été là, tout simplement. **À Lucie Martel**, pour ton écoute et pour ce drôle de mélange d'intelligence et d'humour dont tu sais faire preuve dans nos échanges. **À Chloé Vanlaer**, pour tout ce qui nous

unit, mais aussi pour tout ce qui nous différencie. Merci d'avoir été mon phare pendant l'externat. **À Marie Morel**, pour la curiosité dont tu fais preuve envers toutes les choses qui se racontent dans ma tête. Je te suis extrêmement reconnaissante pour ton écoute et ton soutien sans faille. Et enfin à **Camille Péneau**, l'amie éternelle, la sœur de cœur, merci pour tout. Te voir devenir Docteur avant moi, le 4 septembre 2020, après tes quatre années de recherche, est un de mes souvenirs les plus précieux. J'ai marché dans tes pas : c'est ta persévérance et ton humilité qui m'ont inspirée pendant ce travail de thèse.

À ma famille, le cap de ma boussole intérieure,

À mes parents, pour l'amour infini, et toutes ces provisions de tendresse que vous avez déposées en moi pour toujours. Merci pour cette curiosité envers le monde que vous m'avez léguée. **Maman**, merci pour ton soutien inépuisable, pour ton sens de l'écoute et de l'attention à l'autre que j'essaie de faire mien. Merci pour la lecture attentive que tu as faite de ma thèse, et pour le plaisir sincère que tu as manifesté lors de cette lecture, qui a donné son plus beau sens à mon travail. **Papa**, merci pour ton érudition dilettante, pour ton goût des belles choses, pour ta sensibilité, toute cette richesse d'âme que tu m'as transmise et qui me permet de prendre tant de plaisir à un travail comme cette thèse. Je prend le nom de Docteur Fruit, troisième du nom, avec une grande fierté. Avec vous, le flambeau de la médecine est arrivé jusqu'à moi, et j'en suis très heureuse.

À Marie, Ket, ma sœur, pour notre duo où nos différences et nos ressemblances s'entrecroisent sans cesse. Merci pour ton élégance, et pour ton sens de la glorieuse paresse, à laquelle j'ai appris grâce à toi à m'abandonner aussi. Merci pour la relecture que tu as faite de cette thèse, pour toi qui n'est pas médecin, mais qui partage mon goût pour la langue et dont les conseils d'édition étaient les plus importants pour espérer frôler la perfection. Merci également d'avoir censuré ces remerciements, pour préserver ma pudeur et assécher les flots de larmes de joie et de reconnaissance qu'ils occasionnaient.

« De l'autre côté, ce que j'avais jusque là appelé médecine était bien au delà des maladies, des organes et des fonctions. C'était un appel vers l'humain, un intérêt avide pour le siècle, la diversité du monde, les constructions et les déconstructions produites par l'homme, cet être mystérieux, fragile et puissant, et que l'on ne saurait réduire aux organes qui le composent. »

Jean-Christophe Rufin, *Un léopard sur le garrot : chroniques d'un médecin nomade*

Sommaire

Remerciements.....	21
Sommaire.....	25
Introduction.....	26
Objectifs de la thèse	29
Première Partie : Contexte historique	30
1.Sciences et médecine au XVIII ^e siècle.....	30
1.1 Les Lumières et l'Empire des Sciences.....	30
1.2 Des Académies.....	32
1.3 La Société Royale de Médecine.....	36
2.La pensée médicale au XVIII ^e siècle.....	44
2.1 La physiologie et l'anatomie pathologique	44
2.2 Philosophie et médecine	48
2.3 L' « observation » médicale.....	56
Deuxième partie : Étude des observations de la Société Royale de Médecine	61
1.Matériel et méthode.....	61
1.1 Type d'étude.....	61
1.2 Stratégie de recherche.....	61
1.3 Sources des données.....	62
1.4. Sélections des cas et échantillonnage	62
1.5 Extraction des données.....	63
1.6 Analyses statistiques et traitement des données.....	64
1.7 Éthique et confidentialité.....	64
2.Résultats.....	66
2.1 Description du corpus de cas cliniques.....	66
2.2 Analyse de l'échantillon de cas cliniques.....	67
2.2.1 Auteur et narration	67
2.2.2 Lieu du récit	68
2.2.3 Caractéristiques des patients.....	69
2.2.4 Caractéristiques de la maladie	75
2.2.5 Prise en charge	78
Troisième partie : Discussion.....	86
1.Projet REMEDE.....	86
1.1 Contribution à l'élaboration d'un corpus de cas cliniques.....	86
1.2 Perspectives.....	88
1.3 Évaluation des pratiques médicales du XVIII ^e siècle : la thérapeutique.....	89
2.Un glissement dans la pensée médicale.....	92
2.1 Interrogatoire et suivi : la maladie envisagée comme un processus évolutif.....	92
2.2 Naissance de la clinique.....	98
Conclusion.....	110
Bibliographie.....	113
Annexes	116
Tableaux de résultats.....	117
Lexique.....	136
Observations.....	157
Liste des médecins-auteurs des cas étudiés.....	169
Serment	170
Résumé	172

Introduction

Le XVIII^e siècle est une époque particulièrement importante pour la médecine, parce qu'elle fait le lien entre les grandes découvertes théoriques du XVII^e siècle, et les bouleversements dans la pensée médicale du XIX^e siècle qui ont permis l'avènement de notre médecine moderne.

Au sein de la littérature médicale du XVIII^e siècle, il existe un genre littéraire bien identifié : l'« observation » médicale. Les textes sont proches de ce que l'on appelle aujourd'hui des « cas cliniques », utilisés en médecine pour présenter de façon formelle les données médicales d'un patient donné. Pour étudier la médecine du XVIII^e siècle, ces « observations » constituent une ressource documentaire extrêmement riche, puisqu'elles racontent de façon quasi exhaustive la prise en charge d'un patient par un médecin-auteur, depuis le début des symptômes jusqu'à la guérison ou la mort, en passant par la thérapeutique mise en place. Bien que ce type d'écrits soit ancien (on en retrouve dans les textes médicaux dès l'antiquité), c'est au XVIII^e siècle que le nombre de publications de ces « observations » explose, alors que le genre littéraire se formalise.¹ Issues de sources extrêmement diverses (journaux médicaux, livres publiés, thèses, mémoires), on ignore le nombre exact de ces écrits. Il est probablement immense.

Leur lecture est une façon très directe d'aborder la médecine du XVIII^e siècle, d'étudier l'ampleur des connaissances médicales de cette époque, et la façon dont les médecins pratiquaient au chevet des malades. Leur analyse rigoureuse, enrichie par les connaissances actuelles, permet de mieux comprendre les pratiques et le raisonnement médical qui les accompagne : c'est, à terme, l'objectif du projet *REMEDE : Réussite et Échecs de la Médecine Pré-moderne*, dont cette thèse est issue. Ce projet de recherche, pour lequel collaborent médecins et chercheurs (Université de Montpellier, CNRS et INSERM), souhaite élaborer un corpus de cas cliniques à partir de l'ensemble des cas qui auront été identifiés pour le XVIII^e, qui soit représentatif des pratiques médicales de cette époque. Ce corpus, matérialisé sous la forme d'une base de données numérique accessible en ligne, serait facilement mobilisable pour bâtir des études afin de construire un avis plus éclairé sur l'efficacité réelle de cette médecine, souvent considérée comme archaïque. La lecture des cas cliniques du corpus par des médecins et des pharmaciens, permettrait par exemple de poser des diagnostics rétrospectifs à partir des

¹ Coste J., *La médecine pratique et ses genres littéraires en France à l'époque moderne* - BIU Santé, Paris
Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/medecine-pratique.php>

symptômes décrits, ou d'analyser de façon critique les traitements administrés.

Deux thèses issues du collectif REMEDE, réalisées par Marion Escobar² et Jeanne Lesconnec³, ont déjà fourni de premiers résultats. Deux sources documentaires ont été analysées dans ces études : les journaux médicaux périodiques et les monographies publiées. En premier lieu, l'analyse des cas cliniques issus de ces deux sources a permis de mieux définir ce qu'on peut appeler un « cas clinique » dans le contexte du XVIII^e siècle. Les écrits qui répondent de prime abord à la définition d'un cas clinique sont en effet hétérogènes, sous les titres divers de « consultations », « observations », « lettres », « mémoires » ou « descriptions », avec chacun leurs avantages et leurs inconvénients pour être un support d'étude pertinent pour le projet REMEDE, notamment en ce qui concerne l'exhaustivité et la précision des récits. Leur analyse a finalement distingué l'« observation » comme la meilleure référence pour la constitution d'une base de données représentative de la médecine du XVIII^e siècle.

Ensuite, la lecture approfondie de ces écrits a permis d'identifier des variables pour alimenter la base de données : caractéristiques des patients, informations relatives aux médecins, aux diagnostics, aux thérapeutiques, au suivi médical, etc. Ces variables permettent une étude statistique immédiate, facilitent l'analyse descriptive des cas, mais rendent également possible leur utilisation ultérieure via la base de données, pour une sélection des cas cliniques selon des critères précis. Ainsi, le site internet du projet REMEDE est aujourd'hui fonctionnel, et en cours d'alimentation par ces deux sources⁴.

Dans son travail, Jeanne Lesconnec a également évalué la possibilité d'établir des diagnostics rétrospectifs à partir des cas, étape importante pour la construction des études ultérieures. De plus, dans ces deux thèses, des particularités propres à chaque source ont été identifiées. Les thématiques propres à la médecine du XVIII^e siècle, dégagées à la lecture et à la comparaison des différents cas cliniques, sont nombreuses. Cela soulève l'importance de diversifier les sources, pour continuer d'en extraire les cas les plus pertinents pour la base de données, mais également pour approfondir la connaissance globale des pratiques médicales du

2 Marion Escobar, *Les cas cliniques au siècle des Lumières : revue de la littérature sur les périodiques du XVIII^e siècle*, thèse soutenue en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine, Projet REMEDE, Université de Montpellier, 2019.

3 Jeanne Lesconnec, *Les cas cliniques au siècle des Lumières : revue de la littérature sur les monographies du XVIII^e siècle*, thèse soutenue en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine, Projet REMEDE, Université de Montpellier, 2020.

4 <http://isemsurvey.mbb.univ-montp2.fr/remede/>

XVIII^e siècle, dans toutes leurs singularités.

C'est dans cette optique qu'une nouvelle source a été identifiée : les archives de la Société Royale de Médecine. Cette institution fondée en 1778, aujourd'hui considérée comme la toute première agence médicale d'état, était initialement centrée sur la surveillance et le contrôle des épidémies, mais elle a rapidement vu son rôle évoluer vers une centralisation du savoir, pour enregistrer et évaluer l'activité médicale de son époque. Ses archives sont donc riches en « observations », qui ont la particularité d'avoir été soigneusement sélectionnées par la Société pour leur qualité ou pour leur intérêt vis-à-vis des problématiques de l'époque. Cela les rend précieuses pour notre étude, et précieuses également parce qu'elles ont été rédigées à la fin du XVIII^e siècle, où le genre littéraire de l'« observation » médicale est parfaitement défini et florissant.

Une grande partie des documents présents dans ces archives, aujourd'hui conservées à la bibliothèque de l'Académie Nationale de Médecine, peut se lire dans un ouvrage publié à l'époque : *Histoire de la Société royale de médecine..., Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*, édité tous les 6 mois de 1779 à 1790.⁵ Cet ouvrage est l'objet de cette thèse.

5 *Histoire de la Société royale de médecine..., Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*. Paris : de l'imprimerie de Philippe-Denys Pierre, ... et se trouve chez Didot jeune. Dix tomes disponibles sur: la bibliothèque numérique MEDICA à l'adresse : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?fille=o&cotemere=05749>

Objectifs de la thèse

Troisième thèse issue du collectif REMEDE, ce travail s'inscrit dans la continuité des travaux déjà réalisés. L'étude des « observations » issues de l'ouvrage *Histoire et Mémoires de la Société Royale de Médecine*, s'intéresse donc en premier lieu à identifier de nouveaux cas cliniques et de nouveaux critères d'étude du cas clinique type au XVIII^e siècle, pour enrichir la base de données numérique. L'objectif premier de cette thèse est donc partagé avec le projet REMEDE : élaborer un corpus de cas cliniques représentatifs de la médecine du XVIII^e siècle, pour évaluer les pratiques médicales de cette époque.

Mais par l'étude des cas cliniques que nous faisons dans ce but, nous souhaitons également montrer l'évolution de la pensée médicale à l'œuvre au XVIII^e siècle, que ces écrits illustrent. En effet, à la lecture des cas, se dégage l'impression que cette évolution est un véritable tremplin pour les révolutions médicales qui auront lieu au XIX^e, parmi lesquelles la méthode anatomo-clinique et la révolution biologique, qui ne sont pas le fruit d'une rupture mais s'inscrivent plutôt dans une forme de continuité. Cette thèse souhaite donc mettre en lien la pratique de la médecine des Lumières avec la pratique de notre médecine moderne, pour en dégager la filiation.

L'analyse qualitative des cas cliniques vise également à appréhender la pharmacopée disponible à la fin du XVIII^e siècle. Bien qu'immense, certains traitements semblent s'y distinguer, et sont parfois étonnants pour le regard moderne. L'inventaire exhaustif des différents remèdes utilisés pourra ainsi faire l'objet d'études ultérieures dans le cadre du collectif REMEDE.

Première Partie : Contexte historique

1. Sciences et médecine au XVIII^e siècle

1.1 Les Lumières et l'Empire des Sciences

Le XVIII^e siècle est connu sous le nom de « Siècle des Lumières ». Cette période historique fut riche de bouleversements intellectuels, tant philosophiques que littéraires ou scientifiques, qui animèrent toute l'Europe. Si le terme de « Lumières » nous est parvenu pour définir historiquement cette période, c'est qu'il a été employé par certains savants pour qualifier ces nouveaux mouvements de pensée dès la fin du XVIII^e siècle. Cette métaphore fait en effet référence à la lutte contre l'obscurantisme, souhaitant éclairer l'humanité par la connaissance et la raison. Dans un texte publié en 1784 dans la revue Berlinoise *Berlinische Monatsschrift*, Emmanuel Kant ébauche une réponse à la question *Qu'est ce que les Lumières ? (Was ist Aufklärung ?)* :

« Les “ Lumières ” se définissent comme la sortie de l'homme hors de l'état de tutelle dont il est lui-même responsable. L'état de tutelle est l'incapacité de se servir de son entendement sans être dirigé par un autre. Elle est due à notre propre faute lorsqu'elle résulte non pas d'une insuffisance de l'entendement, mais d'un manque de résolution et de courage pour s'en servir sans être dirigé par un autre. *Sapere aude !* Aie le courage de te servir de ton propre entendement ! Telle est la devise des Lumières. »⁶

Pour envisager cette « sortie de l'homme de l'état de tutelle », les échanges intellectuels étaient valorisés, de manière à faire prévaloir un esprit rationnel et universaliste sur la superstition, et de nouvelles théories politiques remettaient en cause la toute puissante monarchie de droit divin. Au XVIII^e siècle, l'esprit critique est devenu une boussole pour penser le monde.

Un des projets concrets de cette philosophie des Lumières fut la célèbre *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, éditée de 1751 à 1772 par Diderot et D'Alembert. Ce travail monumental se voulait une synthèse des connaissances de son temps, pour les rendre accessibles au plus grand nombre, et a réuni pour sa rédaction plus de cent cinquante contributeurs parmi lesquels des savants, des lettrés et des philosophes. Des médecins y ont contribué, et les articles traitant de sujets médicaux sont nombreux. *L'Encyclopédie* est loin

⁶ Kant E., *Berlinische Monatsschrift*, décembre 1784, disponible sur <https://philosophie.cegeptr.qc.ca/wp-content/documents/Quest-ce-que-les-Lumi%C3%A8res%EF%80%A5-1784.pdf>

d'avoir été la seule entreprise collective de partage de savoirs, mais son envergure révèle de façon particulièrement éclatante la mentalité du XVIII^e siècle, en particulier pour l'émergence d'une véritable communauté de pairs, qui rompit l'isolement de savants travaillant individuellement à leurs découvertes. Cette nouvelle philosophie est superbement résumée dans les différentes préfaces des différents tomes de l'*Encyclopédie*. En témoigne cet extrait de l'*Avertissement des éditeurs* écrit par D'Alembert, placé en ouverture du tome III :

« L'Empire des sciences et des arts est un palais irrégulier, imparfait et en quelques manières monstrueux, où certains morceaux se font admirer par leur magnificence, leur solidité et leur hardiesse ; où d'autres ressemblent encore à des masses informes ; où d'autres enfin, que l'art n'a même pas ébauché, attendent le génie ou le hasard. Les principales parties de cet édifice sont élevées par un petit nombre de grands hommes, tandis que les autres apportent quelques matériaux, ou se bornent à la simple description. Nous tâcherons de réunir ces deux derniers objets ; de tracer le plan du temple et de remplir en même temps quelques vides. Nous en laisserons beaucoup d'autres à remplir ; nos descendants s'en chargeront, et placeront le comble s'ils l'osent ou s'ils le peuvent. »⁷

On y retrouve ce qui fait le propre de la pensée savante au XVIII^e siècle, bien défini par l'historien des sciences René Sigrist dans son article *La République des sciences : essai d'analyse sémantique*⁸ : « Un idéal de collaboration entre chercheurs apportant chacun leur pierre à l'édifice commun d'un savoir dont le progrès reste perçu de manière cumulative ». En outre, le terme « Empire des sciences » employé par D'Alembert est lourd de sens. En effet, il témoigne de l'affranchissement des savants vis-à-vis des gens de lettres et des érudits, dont les travaux s'inscrivaient à l'époque dans la tradition de la « République des Lettres ». Dans cette formulation, l'emploi du terme *sciences*, toujours au pluriel, renvoie aux différentes sciences de la nature (botanique, chimie, physique, mathématique, médecine, physiologie, géologie...), qui se structurent encore individuellement autour de pratiques et de modèles épistémologiques qui leurs sont propres. Cette notion d'Empire des sciences est difficile à appréhender, mais est fondamentale pour la compréhension de ce qui est à l'œuvre dans cet affranchissement.

En effet, on peut considérer que la science telle que nous la pratiquons aujourd'hui y trouve naissance : c'est au début du XIX^e siècle que le terme *science*, au singulier, est apparu.

7 D'Alembert, « Avertissement des Editeurs », dans *L'Encyclopédie*, t. III, 1753, pp. VI-VII

8 Sigrist R., *La « République des sciences » : essai d'analyse sémantique*. Revue Dix-huitième siècle, 2008, p. 333-357.

Après s'être affranchies des arts et de la littérature, les sciences se sont unies en Science, telle qu'Auguste Comte la définira dans son *Cours de philosophie positive* en 1830, où l'on devine l'amorce de ce qui deviendra la méthode scientifique : « un système cohérent de connaissances objectives élaborées selon des procédures particulières (observation, expérimentation, induction, mathématisation, etc.) et indépendamment de tout système religieux ou philosophique ». ⁹ Ainsi, la science cherche à saisir la vérité objective de la nature. Les vieilles théories sur le fonctionnement du monde ne peuvent résister à la raison et à l'esprit critique d'un savant éclairé : dans cet Empire des Sciences, on devine bien l'Esprit des Lumières.

1.2 Des Académies

Si l'*Encyclopédie* a été considérée à ses débuts comme une œuvre relativement subversive (l'histoire de son édition est d'ailleurs marquée par la censure), cette façon de penser et de raisonner les sciences collectivement, avec critique vis-à-vis des anciens systèmes, était pourtant bel et bien présente dans tous les milieux savants.

En effet, dès la première moitié du XVIII^e siècle, les Académies, assemblées de savants ou de gens de lettres, souvent soutenues par l'État, devinrent centrales dans le monde des sciences et des lettres. Toutes les monarchies européennes prirent part à leur essor, et les Académies des Lettres, Académie des Arts ou Académies des Sciences prospérèrent dans toute l'Europe. En France, l'Académie des Sciences avait vu le jour en 1666, mais c'est au début du XVIII^e siècle qu'elle fut mise sous la protection du Roi et qu'elle vit ses activités s'étendre. Comme l'explique René Sigrist dans un article de la revue *Dix-huitième siècle* :

« Les États ont de nombreux intérêts à voir fleurir les sciences et les arts techniques, qui constituent autant de ressources potentielles. [Le contrôle des sciences] est devenu, au cours du XVIII^e siècle, un enjeu pour les monarchies absolues, qui espèrent en tirer de nouvelles ressources ou du moins en faire un symbole de leur volonté de modernisation. » ¹⁰

D'ailleurs, la communauté scientifique émergente y trouva son compte : en France en particulier, ces Académies Royales étaient financées par l'État. Cette liberté financière, ainsi que la liberté de publication qui l'accompagnait par privilège royal, à une époque où la censure de l'État contrôlait le milieu de l'édition, leur permit d'avoir une activité variée : débattre en

⁹ Sigrist R., *ibid.*

¹⁰ Sigrist R., *op. cit.*

assemblée, organiser des concours, juger des travaux ou des œuvres par un travail d'expertise, publier leurs propres ouvrages. En ce qui concerne les sciences, les Académies prirent ainsi le rôle d'une véritable autorité scientifique, organisant et régulant la libre discussion et le débat d'idées, pour diffuser ou réduire à l'oubli les travaux qu'elles évaluaient.

Fidèles à l'esprit des Lumières, en dépit de leur financement royal, ces Académies se voulaient éclairées. Comme le décrit l'historienne des sciences Irène Passeron à propos du jugement qu'elles pouvaient faire des nombreux travaux nouvellement publiés :

« La densité des échanges scientifiques se confronte à des instances d'évaluation aussi abruptes qu'un rapport de D'Alembert¹¹ sur une quadrature : cet écrit ne vaut rien. Lorsque l'Académie Royale des sciences de Paris doit juger les vaines tentatives de démonstration de quadrature du cercle ou de trisection de l'angle qui déferlent à partir de 1740, les flatteries, les recommandations et même une compétence scientifique reconnue ne suffisent pas à obtenir l'indulgence. »¹²

Pourtant, bien que faisant figure d'autorité dans le monde naissant du débat scientifique, ces Académies n'étaient qu'un maillon dans un immense réseau bien plus large. Ce réseau scientifique était constitué d'un maillage de correspondances épistolaires entre savants, de journaux scientifiques — notamment les périodiques qui y occupèrent une place importante au XVIII^e siècle — et de publications diverses, dont les encyclopédies, les monographies, les comptes-rendus, les traductions, les compilations, etc. Le débat scientifique prenait corps également au sein des salons mondains, indépendamment du pouvoir royal. L'Empire des sciences, que nous définissons plus haut, est donc avant tout un lieu de circulation des savoirs à travers ces différents réseaux, facilitée par l'accès de plus en plus facile à l'imprimé. Ce dialogue perpétuel entre savants est d'ailleurs un appel formulé par Louis de Jaucourt dans le texte de clôture de l'*Encyclopédie* en 1765 :

« Pour étendre l'empire des Sciences et des Arts, dit Bacon, il serait à souhaiter qu'il y eût une correspondance entre d'habiles gens de chaque classe ; et leur assemblage jetterait un jour lumineux sur le globe des Sciences et des Arts. »¹³

11 D'Alembert fut nommé membre de l'Académie Royale des Sciences à l'âge de 23 ans

12 Passeron, I. *La République des sciences : réseau des correspondances, des académies et des livres scientifiques au 18^e siècle*. Revue du Dix-huitième siècle, 2008, p. 5-28.

13 *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Tome dix-septième, Venerien-Z. 1765 Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k50549q> – Article Zzuéné

Comme l'explique Irène Passeron, le débat scientifique au XVIII^e siècle se fait essentiellement à l'écrit, et « l'explosion des moyens d'échanges fournit un support à la tension entre l'apparition d'une culture scientifique largement partagée et l'espace de légitimité revendiqué par les institutions ». ¹⁴ Ces moyens d'échanges traversent les frontières, et les écrits se partagent à travers tout le continent Européen.

C'est pourquoi il faut également penser les Académies comme des lieux de médiation et de diffusion du savoir : elles ne sont pas nécessairement à l'origine des grandes découvertes scientifiques mais le système académique a vu s'articuler les sciences autour de lui. Car ce qui fit date dans l'histoire des sciences est souvent passé par ces Académies, étant les « principales instances de reconnaissance et de légitimation du travail de recherche, ainsi que le principal instrument des politiques étatiques. » ¹⁵ Au travers des débats qu'elles suscitaient et des prix qu'elles décernaient, par les présentations orales qu'elles organisaient et les publications écrites qu'elles éditaient avec le privilège royal, les Académies firent connaître les travaux qu'elles jugeaient dignes de l'être, et participèrent activement à l'élaboration de cette culture scientifique commune des milieux savants du XVIII^e siècle. Ainsi, le système des Académies s'inscrit dans une dimension philosophique, culturelle, sociale et politique. Son existence est la confirmation, sinon l'instigatrice, de l'émergence de la communauté scientifique.

Dans son *Discours sur les devoirs de l'Académicien*, Maupertuis échauffa en 1750 une ligne de conduite intellectuelle pour être membre d'une Académie, reprenant tous les avantages que peut trouver un savant à y siéger. Par exemple :

« Il acquiert dans nos assemblées cet esprit académique, cet espèce de sentiment du vrai qui le lui fait découvrir partout où il est, et l'empêche de le chercher là où il n'est pas. Combien différents auteurs ont hasardé de systèmes dont la diffusion académique leur aurait fait connaître le faux ! Combien de chimères qu'ils n'auraient osé produire dans une académie ! » ¹⁶.

Dans ce texte, l'assemblée de savants et le débat scientifique qui en découle sont présentées comme un garde-fou contre l'obscurantisme, et une façon d'accéder à la vérité et à

14 Passeron I. *op. cit.*

15 Sigrist R., *op.cit.*

16 Maupertuis P-L-M. *Discours Sur Les Devoirs De L'Académicien*, 1750.

l'objectivité. Ce sentiment d'appartenance à une communauté plus large est résumé par René Sigrist :

« La communauté des savants observateurs et expérimentateurs en particulier se conçoit comme une internationale de chercheurs attachés à une œuvre commune, pour laquelle la répétition des expériences constitue la meilleure manière de contrôler et de stabiliser les faits. »¹⁷

En effet, dans son *Discours*, Maupertuis fait également état de l'importance de l'expérimentation répétée et contrôlée par les pairs, esquissant ce qui deviendra la méthode scientifique :

« Cette science est toute fondée sur l'expérience. Sans elle, le raisonnement, toujours exposé à porter à faux, se perd en systèmes qu'elle dément. Cependant l'expérience a besoin aussi du raisonnement [...]. Que le physicien s'applique donc à examiner soigneusement les expériences faites par les autres »¹⁸.

Pour une époque où le rôle des universités était réduit au strict enseignement de quelques disciplines seulement (mathématiques, médecine, théologie), ce travail de recherche et de relecture critique par les pairs fut au premier plan des travaux des Académies. C'est un principe qui fera le socle de notre science moderne.

Bien sûr, le système académique et la nouvelle façon de penser la science n'épargnèrent pas la médecine. Dans les cartons des archives de la Société Royale de Médecine, conservés à la bibliothèque de l'Académie Nationale de Médecine, on trouve cette réflexion, non datée, par Louis le Pecq de la Clôture, médecin breton :

« Il est surprenant que tant de grands ministres qui ont gouverné la France, qui ont fait tant d'établissements considérables pour avancer la pratique des beaux-arts, de ceux-là qui sont les moins utiles à un État, n'aient jamais songé à faire perfectionner la pratique de la médecine, qui est sans doute la partie de tous les arts la plus intéressante. L'Académie pour perfectionner la langue française, Académie des Sciences, Académie d'inscriptions, Académie de peinture, Académie de sculpture, grands établissements de manufactures et tout cela pour l'agrément et les commodités de la vie, [...] nulle attention pour sa conservation et

17 Sigrist R., *op.cit.*

18 Maupertuis P-L-M. *ibid.*

pour la mettre au couvert de l'atteinte des maladies. Quel avantage pour l'État ? Quelle gloire pour le gouvernement présent ? Si, à tous ces beaux établissements, il ajoutait celui d'une Académie royale pour l'avancement et la pratique de la médecine et pour la découverte des remèdes. »¹⁹

En 1778, la Société Royale de médecine fut créée.

1.3 La Société Royale de Médecine

Bien avant la fondation de la Société Royale de Médecine, la chirurgie avait trouvé sa place au sein du système académique. La fondation de l'Académie Royale de Chirurgie en 1731 était une vraie revanche sur les longs siècles de mise au ban de la médecine subie par les chirurgiens, que la Faculté de médecine méprisait, refusait de reconnaître et assimilait aux barbiers. Cette nouvelle Académie pour la chirurgie prenait la suite de la confrérie de Saint-Côme, et endossait un rôle d'enseignement de la chirurgie, rôle que lui refusait la Faculté. Et si la faculté a bien protesté, c'est Louis XV, avec François de Lapeyronie, Premier chirurgien de Sa Majesté, et chef de la Chirurgie du Royaume, qui leur accorda leurs statuts, les affranchissant définitivement des barbiers et du joug de la faculté de médecine. C'est ainsi que la chirurgie a finalement ouvert la voie vers l'émancipation vis-à-vis des anciens dogmes, de la faculté qui les enseignait, et a revalorisé l'enseignement pratique.²⁰ Pour la médecine, les intentions derrière la création d'une Académie étaient plus diverses. La Faculté de médecine, dogmatique et rétrograde, n'entretenait que peu de liens avec le pouvoir royal, et dès le début du siècle de nombreux médecins siégeaient plutôt à l'Académie des Sciences pour s'exprimer plus librement sur les sujets médicaux. Déjà, la volonté de disposer de leur propre Académie était là. Mais c'est un élan politique qui donna corps à cette volonté.

Dans son ouvrage *Traité historique sur les maladies épidémiques*, Jean-Baptiste Lebrun, chirurgien à Rouen, ami de Le Pecq de la Clôture, et proche du roi, écrit :

« Le ministère public et les médecins doivent veiller à la santé du peuple. L'État doit subvenir à la dépense des pauvres, par lesquels ces maladies ont coutume de commencer et

19 Société Royale de Médecine, carton 114, dossier 1, sous dossier 1, in Borel Philippe, *Comprendre l'enquête de la Société Royale de Médecine*, dans la revue *Histoire des Sciences Médicales*, tome XXXIX, 2005 – disponible sur <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2005x039x001/HSMx2005x039x001x0035.pdf>

20 Lire à ce sujet Dachez R. *Histoire de la médecine: de l'Antiquité à nos jours*. Tallandier; 2012. Le mouvement chirurgical p. 498-508

par lesquels elles se propagent. Nous devons tous y réfléchir. »²¹

Il y avait là en germe une première idée pour la Société Royale de Médecine, expliquée par Jean-Pierre Peter dans son article *Une enquête de la Société Royale de médecine : malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle*, où il écrit à propos des médecins qui portent la création de cette nouvelle société :

« Mais cette humanité douloureuse qu'ils traitent, aiguise en eux le souci collectif, statistique, social dirait-on de nos jours, de la santé publique. C'est donc par leur intermédiaire que, seconde partie prenante à l'origine de la Société Royale, l'administration se trouve intéressée à ce qui tend vers ses propres buts. »²²

C'est ainsi que le pouvoir administratif se mêla de médecine, avec Turgot, contrôleur général des finances, qui fut d'ailleurs un collaborateur de l'*Encyclopédie*. Ancien intendant du Limousin de 1766 à 1770, il avait connu la misère des campagnes et les ravages des épidémies. Il fut épaulé par François de Lassone, premier médecin du jeune roi Louis XVI et médecin de la reine Marie-Antoinette, et par Félix Vicq d'Azyr, médecin, brillant écrivain et orateur, membre de l'Académie des Sciences depuis 1773. Ces trois hommes furent les fondateurs de la Société Royale de Médecine. Félix Vicq d'Azyr fut nommé Secrétaire perpétuel de la Société Royale, et le resta jusqu'à sa dissolution. La naissance officielle de la Société date du 29 avril 1774, mais elle trouva sa forme définitive en 1778 par fusion avec la Commission permanente pour les épidémies, et les Commissions des Remèdes Secrets et des Eaux minérales. D'ailleurs, la place que prenait l'étude des épidémies dans la justification de l'existence de la Société était fondamentale : au XVIII^e siècle, elles étaient fréquentes et faisaient souvent payer aux populations un lourd tribut. Les buts de la Société étaient variés :

« Entretenir une correspondance sur tout ce qui concerne les progrès de l'art de guérir, avec les chirurgiens les plus célèbres soit français, soit étrangers et principalement avec ceux qui sont chargés des maladies populaires, soit dans les hôpitaux, soit dans les campagnes. Elle doit publier l'histoire des épidémies et des épizooties, elle doit répondre dans les délais à toutes les questions qui lui sont faites par les administratifs sur les objets de salubrité publique. Elle doit envoyer, lorsqu'elle en est requise, des commissaires sur les lieux où leur présence est jugée utile. Elle doit s'occuper de l'examen des remèdes nouveaux et des eaux

21 Lebrun, *Traité historique sur les maladies épidémiques*, 1773.

22 Peter J-P., *Une enquête de la Société royale de médecine : malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle*. in *Annales : Economies, sociétés, civilisations*. 22^e année, n°4, 1967

minérales lorsqu'elle est consultée sur ces divers objets par l'administration. Elle doit proposer chaque année dans ses programmes des vues sur les recherches qui lui paraissent mériter le plus d'attention des médecins, et elle doit publier les observations et les mémoires qu'elle a recueillis et au préalable approuvés. »²³

En pratique, la Société Royale était donc en charge de nombreuses missions, dont les principales se résument ainsi : enquêter sur l'état de santé des populations dans les provinces françaises, notamment en ce qui concerne les épidémies, mener des recherches pour l'évaluation des remèdes, et publier annuellement ses travaux avec l'ouvrage *Histoire et Mémoires de la Société Royale de Médecine* pour mettre à disposition de tous ses résultats. Ces trois missions phares impliquaient également de lutter contre le charlatanisme, de distribuer des prix pour récompenser les meilleurs mémoires sur des thèmes proposés, de publier des éloges de médecins défunts, de mener des missions d'hygiène et d'assainissement dans les campagnes (en lien avec les recherches qu'elle mène sur la rage et les épidémies), et d'évaluer l'alimentation du peuple. Ces objectifs sont proches de l'esprit des Lumières, puisqu'ils témoignent d'une volonté de faire avancer la science médicale par l'intermédiaire d'une correspondance et d'une collaboration entre médecins : pour mener à bien ses missions d'enquête et de contrôle, la Société se dota d'un réseau de correspondants dans tout le royaume et à l'étranger, parmi lesquels 394 médecins, 46 chirurgiens, 5 apothicaires, 3 vétérinaires, 7 physiciens. Ces correspondants devaient remplir plusieurs fois par jour des tableaux fournis par la Société, avec des variables telles que les précipitations, la température, les vents, la pression atmosphérique, des indications sur l'état des récoltes, et les maladies dominantes, humaines et animales, mais devaient aussi rapporter le nombre de baptêmes, de mariages, de décès.²⁴ Ces tableaux étaient l'objet de la grande enquête menée par Vicq d'Azyr, qui souhaitait d'abord répondre à la théorie très présente à l'époque selon laquelle les maladies et les saisons étaient étroitement liées. Mais sa vision était également plus large, et il semble qu'il ébaucha ce qu'on appellerait aujourd'hui une enquête épidémiologique. Comme l'explique Philippe Borel dans son article *Comprendre l'enquête de la Société Royale de médecine (1774-1793)* :

« Pour Vicq d'Azyr la santé doit devenir le résultat observable d'un ensemble de données telles que la fréquence des maladies, la gravité et la longueur de chacune, en vue de

23 Retz de Rochefort, « Exposé succinct à l'Assemblée nationale sur les facultés de la Société royale de médecine », *Annales de l'art de guérir*, 1791.

24 Voir Bull. Acad. Natle Méd., 2009, 193, no 9, 2131-2135, séance du 15 décembre 2009, disponible sur <https://www.academie-medecine.fr/quarante-quatre-ans-avant-lacademie-royale-de-medecine-la-societe-royale-de-medecine/>

l'établissement d'une topographie médicale de la France. »²⁵

Il s'agissait bien de rechercher un lien de causalité entre succession des saisons et épidémies, mais également de mettre en évidence des particularités géographiques, des classes de citoyens particulièrement touchés par telle ou telle maladie, pour ébaucher des règles sanitaires propres à chaque particularité et espérer comprendre et prévenir les maladies.

En s'appuyant sur un réseau de correspondants, la Société Royale de médecine participa également à l'institutionnalisation de la médecine en France. Dans son article *Réseau médical et médicalisation en France à la fin du XVIII^e siècle*, l'historien Jean-Pierre Goubert signale en effet que ces médecins formaient « un corps médical juridiquement et socialement structuré, mais aussi tout un réseau médical qui couvrait, à partir de Paris, pratiquement toute la France. »²⁶ Ce réseau, la Société Royale de Médecine l'utilisait pour sa grande enquête, et en même temps cela lui permit de « dénombrer tout le corps médical français et d'apprécier sa valeur. Par conséquent, une alliance de fait se dessine entre le pouvoir administratif et politique et le pouvoir médical de cette époque. »²⁷ Ces missions ambitieuses firent de la Société Royale de Médecine un organe véritablement politique, et la première institution de santé publique en France.

En 1966, les archives de la Société Royale de Médecine ont fait l'objet d'une étude menée par le Centre de Recherche Historiques de la VI^e Section de l'École Pratique des Hautes Études, sous la direction des historiens Jean Meyer et Emmanuel Le Roy-Ladurie, avec la participation de l'historien de la médecine Jean-Pierre Peter. Les historiens qui y ont participé témoignent tous de l'extraordinaire richesse de ce fonds. C'est ce qu'exprime Jean-Pierre Peter dans son article *Malades et maladies à la fin du XVIII^e*, déjà cité :

« [L'étude de ces archives] trace un tableau vivant de l'effort que ces médecins de province, correspondants de la Société Royale, ont poursuivi, au prix de mille difficultés et de bien des hésitations. Il montre comment l'afflux inattendu de mémoires précis, les séries détaillées d'observations cliniques et de mesures météorologiques, souvent suivies sur quinze années et

25 Borel P., *Comprendre l'enquête de la Société Royale de médecine (1774-1793) - Source, problèmes et méthodologie*, in *Histoire des sciences médicales*, tome XXXIX, 2005, disponible sur

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhtm/hsm/HSMx2005x039x001/HSMx2005x039x001x0035.pdf>

26 Goubert J-P., *Réseau médical et médicalisation en France à la fin du XVIII^e siècle*, in *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*. Tome 86, numéro 2, 1979. pp. 221-229 ; Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/abpo_0399-0826_1979_num_86_2_2978?pageId=T1_229

27 Goubert J-P., *ibid.*

plus témoignent du besoin réel auquel répondait l'appel fait à la compétence de ces hommes. Ils y trouvaient, pour la première fois, l'occasion de forcer l'isolement provincial, de confronter leur expérience, de soigner en ayant enfin, grâce à l'œuvre collective, une connaissance opératoire des liaisons spatiales, des concomitances cosmiques et organiques qui, selon eux, présidaient universellement – et dans le particulier du périmètre où ils exerçaient – à la démarche, aux progrès, aux variations et aux enchaînements des maladies. [...] Les premiers en ce monde prodigue de vies humaines, ces médecins savent exactement le poids et le prix d'une existence. Tout ce monde qui tourne autour de la Société Royale, et qui la fait prospérer, a un grand sens économique et historique, souvent même un sens prophétique de l'assistance sociale. »²⁸

Ainsi, la simple existence de la Société et de son réseau de correspondants est déjà révélatrice d'une évolution de toute la médecine au XVIII^e siècle. La riche correspondance qui s'établit entre les médecins de province et les administrateurs de la Société n'était pas uniquement constituée de tableaux et de relevés. Le réseau de correspondants n'avait pas pour seul but de recueillir des données : il s'agissait d'une véritable communauté, et ses échanges répondaient au besoin de partage qu'éprouvaient les médecins de l'époque. Si l'étude de Jean Meyer et Emmanuel Leroy-Ladurie, qui se voulait une enquête épidémiologique rétrospective sur le XVIII^e siècle, s'est justement heurtée à la « surabondance » et à l'extraordinaire diversité de ces documents, dont le manque de rigueur scientifique pour notre regard de savant moderne grève les résultats, se plonger dans ces archives permet finalement d'appréhender l'état d'esprit qui animait ces médecins, proche de celui des Lumières. Souhaitant œuvrer pour le bien commun, ils étaient demandeurs de pratique plus que de théorie, avec des remèdes véritablement efficaces, pour enfin, réellement, soigner. La Société Royale de Médecine a tenté de répondre à cette demande. Selon Jean Meyer, elle a permis de « rompre l'isolement des médecins de province en leur fournissant des listes de signes cliniques, de diagnostics, de types de médication susceptibles d'arrêter les épidémies et épizooties [...] L'étude scientifique est inséparable de l'application pratique.»²⁹

Les publications de la Société se distinguent ainsi des traités doctrinaux, qui enferment le savoir médical dans une forme achevée, et laissent peu de place à la pratique. D'ailleurs, sa création ne se fit pas sans conflit avec la stricte Faculté de Médecine. Pour la Société Royale, au

28 Peter J-P., *op. cit.*

29 Meyer J., *Une enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies (1774-1794)*. in *Annales : Economies, sociétés, civilisations*. 21^e année, n°4, 1966. pp. 729-749

contraire, le savoir médical est ouvert et indéfiniment améliorable. Pour le construire, il faut croiser sans cesse des séries d'informations observables, sur les symptômes, sur les traitements, sur les saisons, etc. Il faut expérimenter pour reproduire les faits observés. Cette ébauche de méthode scientifique, qui n'est pas le propre de la médecine mais se développe dans toutes les sciences, se retrouve dans les écrits de la Société sous la forme des « observations ». Ce genre littéraire bien défini au XVIII^e siècle, sur lequel nous reviendrons plus longuement, est une forme de récit médical racontant les symptômes d'un patient et l'histoire de sa maladie, puis son évolution après les différents remèdes administrés. Pour la Société, les médecins correspondants rédigeaient les « observations », les adressaient aux administrateurs, qui les sélectionnaient et les publiaient dans l'ouvrage *Histoire de la Société Royale de Médecine avec les Mémoires*. Ainsi, le réseau de correspondants incarnait ce croisement de regards qui observaient tout, en permanence, dans tout le pays.³⁰

Un autre exemple des missions pratiques de la Société Royale de Médecine, qui est également révélateur de l'esprit des Lumières, est la lutte contre le charlatanisme. Les charlatans sont définis dans l'*Encyclopédie* sous la plume de Louis de Jaucourt comme « cette espèce d'hommes, qui sans avoir d'études et de principes, et sans avoir pris de degrés dans aucune université, exercent la Médecine et la Chirurgie, sous prétexte de secrets qu'ils possèdent, et qu'ils appliquent à tout. » La médecine des Lumières, attachée à la raison et à la vérité, ne pouvait tolérer que les charlatans, parfois appelés les empiriques parce qu'ils pratiquaient une médecine dont l'efficacité n'était pas reconnue, prospèrent dans les campagnes françaises. Selon Anaïs Lewczyk-Janssen, qui détaille cet aspect de la médecine du XVIII^e siècle dans son article *Vers la mise en place d'une politique sanitaire d'État* :

« Les hautes instances médicales et les médecins eux-mêmes ont conscience du problème que représentent les empiriques [...]. Faute de moyen, les populations rurales ne peuvent avoir accès aux soins et ont ainsi recours aux empiriques. Ajoutant à cela la méfiance que les habitants des campagnes ont à l'égard des médecins, ces derniers étant moins présents dans le secteur rural. Inversement, les médecins en raison de revenus trop faibles refusent de se rendre dans des zones trop éloignées. Ils représentent un danger pour les patients et pour les praticiens car ils les dépossèdent de leur clientèle. »³¹

30 Sur ce sujet lire Foucault M., *Naissance de la clinique*, Quadrige PUF, pp. 49-56.

31 Lewczyk-Janssen. A. *Vers la mise en place d'une politique sanitaire d'Etat : les médecins correspondants de la Société royale de médecine en Haut-Languedoc (1773-1793)*. in *Questions de santé sur les bords de la Méditerranée. Malades, soignants, hôpitaux, représentations en Roussillon, Languedoc et Provence (XVI^e-XVIII^e siècle)*, Gilbert Larguier, Nov 2013 pp.231. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pupvd/3138>

Ainsi, la lutte contre le charlatanisme symbolise bien les différents aspects des missions de la Société Royale : pratique d'une médecine efficace et éclairée, revalorisation des médecins de la campagne, souci des populations les plus pauvres. Cette lutte s'organisa par différents moyens, la dénonciation d'une part, par les médecins correspondants qui rapportaient aux autorités l'activité des charlatans de leurs campagnes, et l'information d'autre part, à travers les publications de la Société, reflet des travaux et des débats qui s'y tenaient. C'est ainsi que le magnétisme animal de Mesmer³², par exemple, fit l'objet d'une étude par la Société, qui conclut à son inefficacité avant de le condamner vivement.³³

Étudier l'histoire de la Société Royale de Médecine permet donc de dresser un tableau résolument moderne de la médecine du XVIII^e siècle. Bien sûr il ne s'agit là que d'esquisses des bouleversements à venir, mais il est parfois surprenant d'y retrouver des échos de notre médecine contemporaine. On peut citer pour exemple l'appel à la réforme des études médicales fait par Vicq d'Azyr à l'Assemblée Constituante en 1790, qu'on retrouve dans l'ouvrage *Histoire et Mémoires* : il propose de regrouper médecine, chirurgie, pharmacie en une seule entité, avec une double formation, l'une pratique pour répondre aux besoins des campagnes, et l'autre pratique et théorique, menée au lit du malade dans les hôpitaux, avec une sélection des médecins par concours.³⁴ Ce projet, comme les nombreuses missions et recherches de la Société Royale, ne put être mené à terme : la Société fut dissoute en 1793, au même titre que toutes les Académies et universités française au nom de la Révolution. Félix d'Azyr mourut en 1794 et sa grande enquête, qui avait pourtant été poursuivie pendant la Révolution, resta en friche. Comme l'écrit Jean Meyer, « il était l'âme de l'enquête : elle s'arrêta avec lui. »³⁵ Mais ce qui nous est parvenu de ses archives et de ses publications, nous montre que la Société Royale fut à la fois actrice et témoin privilégié pour son époque des profonds changements à l'œuvre dans la médecine, tant scientifique que sociale. Et la médecine moderne que nous connaissons, celle qui révolutionna le XIX^e siècle, y trouve bien ses racines.

32 Le magnétisme animal est un ensemble de théories et de pratiques qui postulaient qu'il existe un fluide magnétique universel dont chacun est porteur, et que l'on peut utiliser pour soigner. Il connût un succès majeur au XVIII^e, avant de devenir l'archétype du charlatanisme.

33 Lire sur ce sujet Lewezyk-Janssen A, *op. cit.*

34 Voir Bull. Acad. Natle Méd., 2009, 193, no 9, 2131-2135, séance du 15 décembre 2009, disponible sur <https://www.academie-medecine.fr/quarante-quatre-ans-avant-lacademie-royale-de-medecine-la-societe-royale-de-medecine/>

35 Meyer J., *op. cit.*

2. La pensée médicale au XVIII^e siècle

2.1 La physiologie et l'anatomie pathologique

L'histoire de la médecine, quand on l'aborde en néophyte, semble faite de grandes découvertes ou de grandes inventions, qu'on se plaît à lister comme autant d'échelons menant à la médecine d'aujourd'hui. Sous cet angle, le XVIII^e siècle manque de spectaculaire. On peut citer tout de même la variolisation³⁶ qui fit son chemin au travers d'un siècle endeuillé par les épidémies, et qui devint la vaccination dans les mains d'Edward Jenner en 1796, mais l'essentiel est ailleurs. Ce siècle fut celui de la physiologie. Le XVII^e siècle avait ouvert la voie, avec de grandes découvertes, par exemple la circulation du sang par Harvey, décrite dans l'ouvrage *Dissertation anatomique sur les mouvements du cœur et du sang chez les animaux* publié en 1628³⁷, ou encore le perfectionnement du microscope par Antoni Van Leeuwenhoek, qui offrit un tout nouveau monde microscopique au regard des savants, comme les capillaires observés pour la première fois par Marcello Malpighi en 1661. Quand débuta le XVIII^e siècle, la connaissance de l'anatomie était, en quelque sorte, achevée. Il s'agissait alors de comprendre comment la mettre en mouvement. C'est en ces termes que le médecin Albrecht von Haller définit la physiologie : une « anatomie animée ».

Albrecht von Haller est l'auteur d'un ouvrage fondamental, les *Elementa physiologiae corporis humani*, publié entre 1757 et 1766, qui, à défaut de présenter de nouvelles découvertes, fait l'état des lieux des connaissances de cette « anatomie animée », afin de les articuler entre elles, pour faire émerger une nouvelle façon d'appréhender les phénomènes vivants. Haller avait d'ailleurs étudié auprès de Boerhaave, célèbre médecin de Leyde, qui avait posé les premières bases de la physiologie en ébauchant une approche rationnelle du vivant. Boerhaave avait exprimé son système dans ses *Instructions médicales*, publiées en 1708, résumé par l'historien Roger Dachez dans son ouvrage *Histoire de la médecine* :

36 La variolisation est un procédé qui vise à inoculer à un patient sain le contenu des vésicules présentes sur la peau d'un malade atteint de la variole. Le but recherché était de déclencher chez le sujet sain une variole bénigne, pour le protéger de la survenue d'une variole potentiellement mortelle. L'idée qui sous-tend ce procédé ouvrira la voie à l'invention de la vaccination.

37 « *Le sang des animaux est animé d'un certain mouvement circulatoire, et ce mouvement est perpétuel [...]. Tels sont les organes et le tracé du transit du sang et de son circuit : d'abord de l'oreillette droite au ventricule, du ventricule à travers les poumons jusqu'à l'oreillette gauche, et de là dans le ventricule gauche, dans l'oreillette et dans toutes les porosités des organes, dans les veines et, par les veines, vers la base du cœur où le sang revient rapidement.* » Harvey W., *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus exercitatio anatomica*. 1639

« [Pour Boerhaave], tout le corps humain est composé de solides – les organes et leurs composants – et de liquides – non plus seulement les humeurs de Galien, mais tous les fluides qu'on y trouve, quels qu'ils soient. Leurs mouvements réciproques traduisent la vie, leur arrêt est signe de la mort. De leur équilibre surtout dépend la santé. Tout ce qui peut compromettre cet équilibre engendre la maladie et dicte du même coup logiquement les remèdes à appliquer. »³⁸

Cette idée d'un corps constitué de fluides et de solides en équilibre constant est d'une part, relativement fidèle à l'esprit des théories de Galien et d'Hippocrate³⁹, mais d'autre part fortement influencée par les progrès de la physique, en particulier la mécanique hydrostatique et hydraulique, et de la chimie. Cette utilisation conjointe des théories antiques et des nouvelles découvertes est le grand œuvre de Boerhaave, qui a su, comme l'écrit l'historien des sciences Renato Mazollini dans *l'Histoire de la pensée médicale en Occident*, « mettre de l'ordre dans le savoir de son époque, par une sélection critique qui lui permettait de renouveler l'hippocratisme, et d'insérer définitivement dans le cursus du médecin ce que la physique, la chimie et les sciences naturelles de son temps pouvaient apporter de valable. »⁴⁰ L'influence de Boerhaave dans toute l'Europe fut majeure. C'est ainsi que Haller, qui fut donc son élève, reprit cette méthodologie, pour finalement aller plus loin avec la physiologie. Dans la préface de ses *Elementa physiologiae*, il en explique lui-même les principes :

« Qui écrit une physiologie, doit se rendre compte des mouvements internes du corps animal, de l'action des viscères, des changements des humeurs. Il doit expliquer les forces qui maintiennent la vie, la présentation interne des formes objectives reçues par les sens ; il doit expliquer les forces musculaires qui dépendent de la volonté, par quels procédés s'effectue la transmutation des aliments en humeurs vitales qui, d'une part servent à soutenir le corps, d'autre part entrent dans la reproduction du genre humain. C'est une entreprise d'une telle envergure qu'elle est presque trop grande pour la portée d'un seul homme. D'abord il faut comprendre la structure du corps humain qui est composé d'éléments presque innombrables. L'anatomie fournit la base du savoir physiologique. [...] Une physiologie complète ne s'obtient pas de l'anatomie des seuls corps humains. Il faut comparer l'organisation des

38 Dachez R., *Histoire de la médecine: de l'Antiquité à nos jours*. Tallandier, 2012. p. 460

39 La théorie des humeurs, issue de la pensée d'Hippocrate puis théorisée par Galien dans la Rome antique, a prévalu pendant longtemps dans la pensée médicale. Elle stipule que le corps vivant est constitué de quatre « humeurs » fondamentales, dont l'équilibre ou le déséquilibre est à l'origine de l'état de santé de l'esprit et du corps. Ces quatre humeurs sont la bile jaune, la bile noire, le sang et la lymphe. Galien leur attribue des caractéristiques et les associe à des tempéraments différents. Dans ce système, la maladie est due à un déséquilibre des humeurs, c'est à dire à une humeur en excès, qu'il convient donc d'évacuer.

40 Mazzolini R., *Les lumières de la raison : des systèmes médicaux à l'organologie naturaliste*, dans Gremk MD., *Histoire de la pensée médicale en Occident* Volume 2, Seuil, 1997 ; p. 100.

parties avec celles animaux quadrupèdes, des oiseaux, des poissons, et même des insectes. [...] Mais il ne suffit pas d'étudier les animaux morts, il faut ouvrir les vivants, pour connaître la circulation sanguine et ses mouvements subtils, la respiration, la croissance des os, le péristaltisme des intestins, le transport du chyle. Un corps inanimé n'a pas de mouvement, il faut donc rechercher tous les mouvements dans un corps vivant. Toute la physiologie a affaire aux mouvements internes et externes du corps animé. »

Il y a là un véritable programme de recherche, où Haller présente la physiologie comme une science du vivant, basée sur l'expérimentation. Ce fut le socle d'une nouvelle discipline, la physiologie expérimentale, qui fut largement reprise par ses contemporains et permit l'abandon définitif de la théorie des humeurs dans sa forme archaïque telle que théorisée par Galien.⁴¹

Félix Vicq d'Azyr fut lui aussi acteur de l'essor de la physiologie. Auteur de l'ouvrage majeur *Traité d'anatomie et de physiologie*, publié en 1786 à peine deux décennies après Haller, il dispensait lui-même des cours d'anatomie et de physiologie, convaincu que les deux disciplines ne pouvaient s'enseigner l'une sans l'autre. Dans la préface du plan de cours rédigé pour l'*Encyclopédie méthodique*, il écrit qu'il faut « réunir ces deux études, et les faire marcher d'un pas égal, de sorte qu'elles se servent de l'une à l'autre de preuve et de complément », car l'anatomie n'est que « le squelette de la science », et « c'est la physiologie qui lui donne du mouvement : l'une est l'étude de la vie, l'autre n'est que l'étude de la mort ». ⁴² Il précise : « l'anatomie précède, et la Physiologie vient après ». ⁴³ Car l'anatomie est une discipline ancienne, un enjeu majeur depuis l'aube de la médecine. Vicq d'Azyr relie son étude à la mort puisqu'elle a toujours progressé grâce à la dissection de cadavres. De plus, pour enfin achever la connaissance anatomique du corps humain, il avait fallu pendant des siècles s'affranchir des lésions pathologiques observables dans des corps abîmés par la maladie, pour en extraire ce qui était constant, retrouvable d'un corps à l'autre. La tâche était immense. Comme l'explique Roger Dachez dans son ouvrage *Histoire de la médecine*, « les aortes dilatées, les estomacs détruits par les tumeurs, les poumons rongés par l'infection étaient des obstacles à la connaissance, bien plus que des objets d'étude. » ⁴⁴ C'est ainsi que l'anatomie achevée put donner naissance à la physiologie, et c'est ensemble qu'elles ouvrirent la voie à l'anatomie pathologique.

41 Sur ce sujet lire Rudolph G., *La méthode hallérienne en physiologie*. Revue Dix-Huitième Siècle. 1991, pp. 75-84.

42 Vicq d'Azyr F., *Œuvres*, Paris, L. Duprat-Duverger, 1805, tome 4. p. 37.

43 Vicq d'Azyr F., *op.cit.* p. 42.

44 Dachez R., *op.cit.* p. 480.

En effet, avec la remise en cause de la théorie de Galien par la physiologie naissante, l'idée d'une maladie globale du corps lié à un trouble général de déséquilibre d'humeurs s'effrita. Comme l'écrit Roger Dachez, cette théorie était « un obstacle épistémologique fort contre l'accession à la pathologie d'organe. » Grâce à la physiologie, pour comprendre la maladie, les médecins se détournèrent peu à peu de l'idée d'un trouble de circulation des humeurs, pour privilégier celle d'une anomalie dans le fonctionnement d'un organe. Bien sûr, n'abandonnant pas si facilement l'ancien système, cette idée s'articulait toujours autour de celle d'un déséquilibre, mais cette fois local, souvent théorisé comme le fruit d'un conflit entre solide et liquide, ou d'un excès de liquide : les quatre humeurs de Galien devinrent les nombreuses humeurs du corps, produites par les différents organes. Ainsi, cette évolution de la pensée permit de regarder différemment les lésions des corps disséqués. Ce nouveau regard s'incarna dans sa forme la plus aboutie pour l'époque chez le médecin Giovanni Battista Morgagni, dans son ouvrage *Des lieux et des causes des maladies recherchés par l'anatomie*⁴⁵ publié en 1761. Il y décrit plus de sept cents autopsies, où après avoir raconté l'histoire de la maladie, les plaintes et les caractéristiques du patient, avec les circonstances qui ont précédé la mort, il détaille les différentes lésions qu'il observe en dissection, autant de variations anatomiques qu'il attribue aux maladies. Cette méthode constitue la base de l'anatomie pathologique, bien qu'elle ne parvint pas à ouvrir sur la méthode anatomo-clinique qui sera le socle de notre médecine moderne.⁴⁶ Il faudra pour cela attendre le XIX^e siècle, avec Bichat et Laennec.

Ainsi, l'essor de la physiologie et de l'anatomie pathologique au XVIII^e siècle accompagnent l'évolution de la pensée médicale. Pour l'historien, elles constituent un témoignage précieux de cette évolution. Bien plus que les grandes dates et les grandes découvertes, c'est la façon dont les médecins pensent la médecine qui peut nous renseigner sur leurs pratiques. En ce qui concerne la théorie, certains médecins du XVIII^e siècle furent désireux d'intégrer à de nouveaux systèmes ces recherches de physiologie et d'anatomie pathologique. Ils utilisèrent alors ces avancées pour proposer une fois de plus de nouvelles théories du vivant, de la santé et de la maladie, afin de remplacer les anciens modèles obsolètes. Il s'agit là du crépuscule des dogmes et des grandes théories médicales, dont les médecins de la Société Royale de Médecine cherchaient justement à s'affranchir pour renouer avec une médecine pratique. Pourtant ces systèmes formaient encore le socle de la pensée médicale à la fin du XVIII^e siècle, période étudiée dans cette thèse. Leur abandon se fit en parallèle de l'avènement de la médecine

45 Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, 1761.

46 Lire sur ce sujet Grmek MD., *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Volume 2, Seuil, 1997. pp. 179-186.

moderne. À la frontière entre la philosophie et la médecine, mais tout à fait libres de la théologie, ces systèmes peuvent être vus comme des tentatives d'approche rationnelle du mystère du vivant. En comprendre les grandes lignes, c'est ajuster notre regard avec celui des médecins de l'époque.

2.2 Philosophie et médecine

Le premier système philosophique médical, le plus ancien historiquement, est le mécanisme. Sur le plan purement philosophique, le mécanisme existe depuis le XVII^e siècle, théorisé par René Descartes. Il vise à réduire tous les phénomènes observables à leur propriétés mécaniques, c'est à dire réductibles aux mouvements de particules matérielles, soumises aux lois de la physique. Cela s'applique au vivant, c'est la théorie de l'animal-machine de Descartes. Au tout début du XVIII^e siècle, pour la médecine, c'est Boerhaave, dont nous avons déjà brièvement présenté la pensée en physiologie, qui en fut le principal théoricien. Sa conception de la physiologie et la philosophie mécaniste sont quasiment indissociables, preuve que ces systèmes médicaux ont pour principal but de donner une explication cohérente aux phénomènes vivants. Le mécanisme de Boerhaave est donc un système où solides et fluides sont en mouvement, et où le corps vivant se réduit à leur propriétés physiques et chimiques tels que l'échauffement, la contraction, l'élasticité, la dissolution chimique, ou divers mécanismes hydrauliques. Cette vision harmonieuse, qui n'était pas incompatible avec les dogmes religieux pour le début du XVIII^e siècle, séduisit beaucoup de ses contemporains, d'autant que ce système était également doté de l'aura dont disposait Boerhaave à travers l'Europe. Mais c'est plus tard, avec Friedrich Hoffman que le mécanisme en médecine trouva son plus grand théoricien. Comme pour Boerhaave, la physiologie mécaniste de Hoffman s'appuie sur l'idée d'un mouvement physique et chimique permanent. L'organisme vivant et ses fonctions sont pensés comme une suite de mécanismes emboîtés. Mais Hoffman va plus loin, car il cherche à comprendre ce qui active ces mécanismes. C'est ainsi qu'il introduit la notion d'éther, ainsi expliquée par le philosophe des sciences François Duchesneau dans son article *La physiologie mécaniste de Hoffmann* :

« [L'impulsion requise] provient, au départ, des particules d'éther contenues dans l'air atmosphérique. Celles ci pénètrent dans le sang par la respiration, et elles y provoquent des mouvements tourbillonnaires de corpuscules et de choc sur les parois des vaisseaux : ainsi s'engendre la chaleur animale. »⁴⁷

47 Duchesneau F., *La physiologie mécaniste de Hoffmann*. Revue Dix-Huitième Siècle. 1991, p. 9-22.

Ces particules élémentaires, libérées dans les fluides de l'organisme, déclenchent des réactions internes de contraction, dilatation, comme si tous les solides du corps se comportaient comme un assemblage de ressorts parfaitement coordonnés, permettant alors le déplacement des fluides. Hoffman avance même que la différence de nature de ces « ressorts » explique la différence de nature des différents fluides corporels.⁴⁸ Pour lui, « la machine corporelle est composée avec tant d'art que des mouvements infimes suffisent à déclencher des processus fonctionnels amples et complexes. »⁴⁹ Ce système fut exposé dans un ouvrage, la *Médecine rationnelle systématique*, que Hoffman publia en plusieurs volumes entre 1718 et 1740. La théorie évolua au fil des publications, jusqu'à accorder de moins en moins d'importance à l'éther, comme si la machine animale était si bien construite que les fluides la stimulaient d'eux même, dans une forme de mouvement perpétuel. Quoi qu'il en soit, ces théories mécanistes s'affranchissent totalement du concept d'âme. Sans être hostile au principe, Hoffman ne lui attribue aucune fonction physiologique, défenseur de l'idée que la vie doit pouvoir s'expliquer de façon exclusivement rationnelle.

Contemporain de Hoffman, le médecin allemand Ernst Stahl s'est vivement opposé à la doctrine mécaniste, à travers le système de l'animisme. Au concept de machine constituée de multiples mécanismes intriqués, il préfère celui d'organisme, une « entité où toutes les parties sont réunies en vue d'atteindre un objectif commun. »⁵⁰ Pour Stahl, l'âme et le corps ne peuvent être deux entités séparées, puisque l'âme, en tant que principe immatériel, imprègne le corps, et c'est ainsi qu'elle dirige toutes les actions du corps. Le mouvement est un acte de l'esprit, plutôt que des mécanismes en chaîne. De plus, Stahl intègre à son système la notion de finalité. L'âme a un objectif, et le corps est comme l'outil qui lui serait nécessaire pour atteindre cet objectif. On quitte là les frontières de la science, pour plonger dans la philosophie. Dans un article de la revue *Dix-huitième siècle*, l'écrivain et professeur de littérature Paul Hoffmann explique les principes de cette philosophie de l'âme selon Stahl :

« [L'âme] présente, en chaque homme, des façons d'être spécifiques, un type moral particulier, qui sont fonction d'une idiosyncrasie organique avec quoi elle est forcée de composer et qui est en rapport avec le degré de réceptivité du corps matériel. D'autre part elle

48 « Il n'y a en effet aucun couloir dans le corps qui soit dépourvu de ressort et de mouvement. La masse toute vasculaire du foie, les canaux biliaires, hépatiques, cystiques et cholédoque, les artères, la vessie, le velouté des intestins, les glandes salivaires, tout en un mot est doué d'un mouvement de contraction et de dilatation. On ne doit faire aucun doute que la différence qui se trouve entre le ressort de différentes parties, ne modifie diversement la sécrétion des liqueurs. » Hoffman F. *Medicine Rationalis systematica*, t. I, p. 373-374

49 Duchesneau F., *op. cit.*

50 Mazzolini R., *op. cit.* p. 102.

s'oblige à s'adapter au monde, s'étant donnée pour tâche de connaître les objets et les êtres, de les évaluer, par rapport à son projet, qui est de réaliser, pour le vivant, les conditions d'une vie heureuse et saine. Bonheur qui est une certaine idée de ce bonheur, une estimation subjective. Partant, l'âme sera capable de passions, c'est à dire qu'elle éprouvera diverses émotions, par quoi se trouvera modifié son vouloir. Les événements, les accidents de l'existence n'affectent pas directement l'âme, mais par le biais de la représentation qu'elle s'en fait. L'âme est créatrice de fictions, par quoi elle s'affecte elle-même, dérégulant ainsi les mouvements organiques. En sorte qu'il faut conclure à la singularité de chaque âme, confrontée aux multiples hasards de la vie, aux idées qui lui ont été inculquées, etc. »⁵¹

Cette philosophie complexe peut s'expliquer ainsi : l'activité de l'âme se résume à la mission de permettre à l'organisme de vivre une vie harmonieuse, en santé, la définition d'une vie harmonieuse étant subjective car propre à chacun. L'âme est en charge pour cela de maintenir l'équilibre des différentes fonctions de l'organisme, d'en diriger la vie. Mais l'âme est sensible, c'est à dire qu'elle peut se trouver affectée par des éléments extérieurs à elle : ce sont les passions. Pour Stahl, la joie, la colère, la peur, sont les manifestations de l'âme, de la lecture que celle-ci fait du monde et des événements de la vie. C'est parce que l'âme est raisonnante, pensante, qu'elle se crée en imagination une représentation du monde et des choses, et ce récit qu'elle se fait déclenche ses propres passions. Et comme l'âme dirige les fonctions de l'organisme (la respiration, la digestion, la circulation du sang, les sécrétions, etc.), lorsqu'elle se trouve distraite dans sa tâche par ses passions, elle entraîne tout un cortège de manifestations physiques, qui sont donc, pour Stahl, la maladie. Une âme troublée par les passions est à l'origine des dérèglements de l'organisme, celle-ci n'étant plus en mesure de mener à bien sa fonction primaire de maintien harmonieux des fonctions vitales. En voici un exemple, issu de l'ouvrage fondamental de Stahl, la *Theoria Medica Vera* publiée en 1707 :

« Il se manifeste des mouvements convulsifs chez ceux qui, en proie à une vive colère s'efforcent d'en retenir en eux le transport [...]. Il s'ensuit, dans l'âme, un état prolongé de chagrin et de haine ; dans le corps, des troubles durables de la digestion, de la langueur, un abattement général »⁵²

On peut reconnaître dans cette théorie une version pionnière de la psychosomatique. D'ailleurs Stahl s'intéressa beaucoup aux maladies chroniques et « nerveuses ». Mais on ne peut

51 Hoffmann P., *L'âme et les passions dans la philosophie médicale de Georg-Ernst Stahl*. Revue Dix-Huitième Siècle. 1991, pp. 31-43.

52 *Oeuvres médico-philosophiques de G. E. Stahl*, traduites et commentées par Théodose Blondin, t. III, Paris, 1864, *Theoria medica vera*, p. 291.

s'affranchir de la dimension éminemment morale de sa théorie : l'âme est responsable des maladies du corps, autant qu'elle est responsable de sa guérison. Les symptômes d'un patient ne sont donc que les manifestations d'un « écart moral »⁵³. Il doit faire attention à ne pas tomber dans l'écueil des passions, et s'en affranchir par une forme de lutte morale et raisonnée. D'ailleurs, Stahl voyait dans les symptômes comme la fièvre ou les tremblements, des manifestations de cette lutte de l'âme, c'est pourquoi il recommandait de n'administrer que peu de médicaments, pour laisser faire la nature.⁵⁴

Les théories de Hoffmann et de Stahl s'opposent : pour la première, tout est matériel, pour la seconde, tout est immatériel. Une troisième théorie naît ainsi au milieu du XVIII^e siècle, comme une forme de compromis entre ces deux radicalités : c'est le vitalisme. Cette nouvelle philosophie a germé à Montpellier, portée par de nombreux médecins qui ne se retrouvaient ni dans le mécanisme alors dominant, ni dans l'animisme très dogmatique de Stahl. Ils reprochaient aux deux théories de négliger la matière vivante : dans les deux systèmes, pourtant tout à fait opposés dans leur conception du vivant, la matière est passive. Que l'âme existe ou n'existe pas, qu'elle joue un rôle dans les processus vitaux ou qu'elle en soit absente, il y a dans le mécanisme comme dans l'animisme un véritable dualisme entre le corps et l'âme, que les vitalistes contestent. La place qu'a jouée l'université de Montpellier dans l'émergence du vitalisme est retracée par Roselyne Rey, historienne spécialisée dans l'histoire des sciences de la vie, dans l'ouvrage *Histoire de la pensée médicale en Occident* :

« Dans la formulation de ces idées sur la spécificité du vivant, l'Université de Montpellier a joué un rôle déterminant : plus attachée que Paris à l'hippocratisme, ayant retenu par conséquent l'idée d'une force médicatrice de la nature, plus ouverte aux discussions, elle a constitué le terreau à partir duquel une nouvelle conception de la vie s'est affirmée. Les témoignages concordent : c'est du choc des doctrines existantes et de leur égale insuffisance qu'est né le vitalisme. »⁵⁵

Le vitalisme fit de nombreux disciples et occasionna multiples discussions autour d'idées différentes. Ce fut donc une philosophie assez hétérogène, mais certains grands postulats ont mis d'accord tous les vitalistes. Déjà, le principe de finalité de Stahl fut rejeté. Les vitalistes ne se

53 « Dans le système de l'animisme, tout écart est moral dans sa source, somatique, par contrecoup. » Hoffmann P., *op. cit.*

54 Dachez R., *op. cit.* pp. 463-464.

55 Rey R., *L'âme, le corps et le vivant*, dans Grmek MD. *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Volume 2, Seuil, 1997, p. 118.

préoccupèrent pas des causes de la vie, remplaçant cette question dans le champ de la métaphysique. Ensuite, ils cherchèrent à démontrer la spécificité du vivant. Plutôt que d'opposer l'âme et le corps, ils opposèrent matière vivante et matière morte.⁵⁶ Dans la matière vivante, la vie est intrinsèque. Les « molécules organiques » s'animent en vertu d'une force qui leur est propre, que le médecin montpelliérain Paul Barthez appelle « principe vital ». Comme le résume Roselyne Rey :

« La clef de voûte des positions vitalistes est dans la conviction que, sans truisme, dans le vivant tout est vivant, la moindre molécule, la moindre fibre, d'une vie qui leur est inhérente et qui ne doit rien à l'âme. »⁵⁷

Cette idée s'appuie sur les découvertes récentes en physiologie : au XVII^e siècle, les observations au microscope avaient permis de dégager la notion de « fibres », envisagées comme de petites structures élémentaires constituant les organes du corps. C'est le médecin anglais Francis Glisson qui avait définitivement conceptualisé cette idée en attribuant aux fibres une propriété particulière qu'il nomma « irritabilité », qui leur permet de répondre par un mouvement à des stimuli mécaniques, thermiques, chimiques. Plus tard, le médecin italien Giorgio Baglivi étudia plus profondément les propriétés de la fibre dans son ouvrage *De fibra motrice et morbosa* publié en 1700, ajoutant à l'irritabilité la notion de contractilité. Albrecht von Haller reprit largement ces théories dans ses ouvrages de physiologie, ce qui participa à leur diffusion. Elles eurent rapidement des applications pratiques : au début du XVIII^e siècle la pharmacopée s'enrichit de nombreux traitements visant à détendre ou à resserrer les fibres. Au milieu du XVIII^e siècle, pour trouver un socle physiologique à leur philosophie de la vie, les vitalistes usèrent de toutes ces notions : la fibre est analogue à la matière vivante, et ses propriétés furent regroupées sous le terme de sensibilité. Cette sensibilité, qui est à l'origine des mouvements et des fonctions vitales, ne répond ni à l'âme, ni à la conscience, et n'est pas le fruit d'une machinerie complexe. Elle est le propre de la matière vivante. Un bel exemple des applications physiologiques des théories vitalistes peut être trouvé dans l'ouvrage *Recherches anatomiques sur la position des glandes et leur action*, publié en 1751 par Théophile de Bordeu, médecin vitaliste de Montpellier. Dans la théorie mécaniste, dominante à l'époque, la sécrétion de fluides par les glandes s'expliquait par des phénomènes de broyage, de pression, de filtration des

56 « Tel est bien l'enjeu de la position vitaliste, affirmer les propriétés particulières de la matière vivante, préalable à toute organisation, affirmer par conséquent que la vie n'est pas le résultat de l'organisation. Cela passe par la mise en place d'une dichotomie majeure, entre matière vivante et matière morte, qui se substitue à l'opposition traditionnelle entre la matière et l'esprit, le corps et l'âme. » Rey R., *ibid.*, p. 121.

57 Rey R., *ibid.*, p. 122.

humeurs circulantes au sein des glandes, permettant d'en modifier la nature. Cependant, ce système peinait à expliquer la spécificité de chaque sécrétion, et leur caractère souvent intermittent.⁵⁸ La théorie de la sécrétion de Théophile de Bordeu répond à ces questions grâce au concept vitaliste de sensibilité. Il écrit :

« L'excrétion des glandes dont il a été question jusqu'à présent ne se fait pas comme on l'avait avancé, par la compression du corps glanduleux, mais par l'action propre de l'organe, action que certaines circonstances augmentent, comme les irritations, les secousses, et les dispositions des vaisseaux du même organe [...]. La sécrétion se réduit donc à une espèce de sensation, si on peut s'exprimer ainsi ; les parties propres à exciter telle sensation passeront, et les autres seront rejetées ; chaque glande, chaque orifice aura, pour ainsi dire, son goût particulier ; tout ce qu'il y aura d'étranger sera rejeté pour l'ordinaire »⁵⁹

Dans un article publié dans la revue *Dix-Huitième Siècle*, Roselyne Rey résume cette théorie de la sécrétion : « la glande se comporte comme une sorte d' *animal in animalis*, elle a son département d'action propre, sa niche propre, sa vie propre, ses rythmes de sensibilité et d'action. »⁶⁰ C'est ainsi que l'organisme vivant, pour les vitalistes, est vu comme l'association des différents organes, qui ont chacun leur fonction et leurs propriétés, chacun étant autonome et animé par le principe vital qui les habite tous.

Dans un autre ouvrage intitulé *Recherches sur les maladies chroniques*, publié en 1775, Théophile de Bordeu écrit :

« L'on peut raisonnablement comparer une maladie à la fonction d'une glande et nommer son dernier temps, temps d'excrétion, puisqu'il est certain que toute affection, soit aiguë ou chronique, qui se guérit bien, ou selon les vœux de la nature, finit toujours par quelque évacuation [...]. Toute crise encore, ainsi que toute excrétion, suppose une préparation des humeurs, laquelle est l'ouvrage de la vie dans les deux cas, et comme tout organe excrétoire, dans l'état naturel, s'érige et est aidé de l'action des autres organes [...], de même dans les crises parfaites [...], toutes les parties du corps conspirent avec l'organe qui est en travail ».⁶¹

58 Rey R., *La théorie de la sécrétion chez Bordeu, modèle de la physiologie et de la pathologie vitalistes*. Revue Dix-Huitième Siècle, 1991, p. 45-58.

59 Bordeu T. de, *Recherches anatomiques sur la position des glandes et sur leur action*, 1751, pp. 144-163. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9740897p>

60 Rey R., *op. cit.*

61 Bordeu T. de, *Recherches sur les maladies chroniques, leurs rapports avec les maladies aiguës, leurs périodes, leur nature, et sur la manière dont on les traite aux eaux minérales de Barèges et des autres sources de l'Aquitaine*, Tome II. 1775, p. 845. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6152226c>

Ainsi, la théorie vitaliste permet d'expliquer de nombreux phénomènes tant physiologiques que pathologiques. Roselyne Rey la présente comme une forme d'unification de toutes les théories, ayant permis l'introduction de l'idée selon laquelle la vie et la maladie sont le déroulement d'un processus : « le cours entier de la vie a été regardé comme une sorte de maladie, qui a ses diverses phases et périodes, ses mouvements variés, ses crises ». Le vitalisme est finalement la seule théorie ayant permis d'approcher le rythme propre de la vie, ainsi que la spécificité du vivant et des phénomènes physiologiques.

La place qu'a pris le vitalisme dans l'émergence de la médecine moderne est majeure. Dans l'introduction à la traduction américaine de l'ouvrage *Le Normal et le pathologique* de Georges Canguilhem éditée en 1978, Michel Foucault explique que le vitalisme a participé à l'émergence des sciences de la vie, dans la mesure où elle se sont développées grâce à « la mise en lumière de mécanismes physiques et chimiques, par la constitution de domaines comme la chimie des cellules et des molécules, ou comme la biophysique, par l'utilisation de modèles mathématiques »⁶², mais qu'elle n'ont surtout pu exister « que dans la mesure où était sans cesse relancée comme défi le problème de la spécificité de la vie, et du seuil qu'elle marque parmi tous les êtres naturels »⁶³. En quelque sorte, le vitalisme imprègne encore aujourd'hui les sciences de la vie. Foucault précise :

« Cela ne veut pas dire que le « vitalisme » soit vrai [...]. Cela ne veut pas dire qu'il doit constituer l'invincible philosophie des biologistes [...]. Mais qu'il a eu et qu'il a encore sans doute, dans l'histoire de la biologie, un rôle essentiel comme « indicateur ». Et cela de deux façon : indicateur théorique de problèmes à résoudre (à savoir, de façon générale, ce qui constitue l'originalité de la vie sans qu'elle constitue en aucune manière un empire indépendant de la nature) ; indicateur critique des réductions à éviter (à savoir toutes celles qui tendent à faire méconnaître que les sciences de la vie ne peuvent se passer d'une certaine position de valeur qui marque la conservation, la régulation, l'adaptation, la reproduction...) ».⁶⁴

Ce rôle d' « indicateur » qu'a joué le vitalisme dans l'évolution des sciences se retrouve dans la médecine. En effet, en ouvrant la voie à la conception de la vie et de la maladie comme un processus, il ouvre la voie à la méthode anatomo-clinique. Nous reviendrons plus longuement sur ce principe en troisième partie.

62 Foucault M., *Dits et écrits*, tome II, Gallimard, 2001, p. 438.

63 Foucault M. *ibid.*

64 Foucault M., *ibid.*

Dans les cas cliniques du XVIII^e siècle, on peut ainsi chercher à identifier à quel système un auteur se rattache, qu'il s'agisse du mécanisme, de l'animisme ou du vitalisme. On retrouve souvent des indices de ces différentes façons de penser le vivant, la maladie, la thérapeutique, en lien avec ces différentes théories. Cependant, on peut également suspecter que si ces débats animèrent vivement la société médicale de l'époque, ils ne bouleversèrent pas pour autant les pratiques. Comme l'écrit Roger Dachez dans son *Histoire de la médecine* :

« Les systèmes médicaux, comme on les nommera, passionnèrent un certain public intellectuel, mais nous renseignent moins sur l'art des médecins que sur le regard que certains d'entre eux portaient alors sur la médecine. Ils traduisaient surtout le besoin de rassembler en une synthèse renouvelée les données éparses et souvent déconcertantes de la physiologie et de la microscopie, par exemple. A ce titre, ils nous apprennent beaucoup sur l'esprit médical de leur temps : ils furent en quelque sorte les derniers avatars de la médecine philosophique. »⁶⁵

En effet, le lien entre médecine et philosophie semble avoir largement disparu aujourd'hui dans le milieu médical, en particulier dans l'enseignement. Les sciences humaines et la médecine pratique sont à présent des disciplines assez cloisonnées. Pourtant nous n'avons pas encore la réponse à toutes les énigmes du vivant. Ainsi, même si certaines de ces théories prêtent aujourd'hui à sourire, la volonté d'unification qui animait ces médecins, savants complets, et leur désir de repousser les limites de l'intelligible est inspirante. Par ailleurs, la pensée philosophique est loin d'avoir déserté la science. On la retrouve encore faisant jonction avec l'inconnu dans des disciplines comme les neurosciences ou la physique quantique. Mais ce qui a définitivement enterré la médecine philosophique, c'est la nécessité de construire une médecine pratique et efficace. Même Stahl avait conscience de la limite des théories en ce qui concerne la médecine. On lui doit l'adage « *Bonus theoreticus, malus practicus.* » (« bonne théorie, mauvaise pratique »), qui traduit bien l'esprit de son temps où la pratique ne pouvait se nourrir de systèmes médicaux bien trop rigides et dogmatiques. Ainsi, plus que la philosophie médicale, le plus grand mérite des médecins du XVIII^e siècle est peut-être leur affranchissement vis-à-vis des dogmes et l'importance rendue aux faits observables.

65 Dachez R., *op. cit.*, p. 458.

2.3 L' « observation » médicale

Pour toutes les sciences, l'idée qu'il faut observer rigoureusement les faits pour accéder à la vraie connaissance devint dominante au XVIII^e siècle. Dans l'*Encyclopédie* de Diderot, c'est un médecin, Ménuret de Chambaud, qui rédige les articles *Observateur* et *Observation*. Il y écrit :

« On a donné le nom d'observateur au physicien qui se contente d'examiner les phénomènes tels que la nature les lui présente [...]. La nature est toujours dévoilée et nue pour qui a des yeux, ou elle n'est couverte que d'une gaze légère que l'œil et la réflexion percent facilement [...]. Celui-là, lorsqu'il a les lumières et les talents nécessaires pour observer, suit pas-à-pas la nature, dévoile les plus secrets mystères, tout le frappe, tout l'instruit, tous les résultats lui sont égaux parce qu'il n'en attend point, il découvre du même œil l'ordre qui règne dans tout l'univers, et l'irrégularité qui s'y trouve ; la nature est pour lui un grand livre qu'il n'a qu'à ouvrir et à consulter. »⁶⁶

Cette façon d'observer la nature fut particulièrement mise à profit en médecine, car elle participa au mouvement d'abandon des anciens dogmes vers un retour aux sources de la médecine et à son père fondateur : Hippocrate. Ce médecin de l'antiquité grecque, quasi légendaire tant son héritage en médecine fut grand, a revêtu au cours des siècles de nombreux visages. En effet la pensée médicale, qui évolue pourtant continuellement à travers les époques, ne cesse de revenir vers les différents enseignements qu'il a laissé dans ses écrits. Au XVIII^e siècle, c'est de l'Hippocrate observateur dont se revendiquaient ses héritiers. Ainsi dans l'article *Observateur* de l'*Encyclopédie* déjà cité, Ménuret de Chambaud lui donne une large place :

« Hippocrate a été le premier et le meilleur de tous les médecins observateurs ; nous n'hésitons pas à le proposer pour modèle à quiconque veut suivre une semblable route, c'est-à-dire, s'adonner à la partie de la médecine la plus sûre, la plus utile et la plus satisfaisante. Ses ouvrages annoncent à chaque ligne son génie observateur ; peu de raisonnement et beaucoup de faits, voilà ce qu'ils renferment. Ses livres d'épidémie sont un morceau très précieux et unique en ce genre : il commence par donner une histoire fidèle des saisons, des variations qu'il y a eu, des changements dans l'air, les météores, etc. Il passe au détail des maladies différentes ou analogues qui ont régné : il vient enfin à la description de chaque maladie, telle que chaque malade en particulier l'a éprouvé ; c'est-là surtout qu'il est

⁶⁶ *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers. Tome Onzième, 1765 - Article « Observateur »*. Disponible sur: <http://enccre.academie-sciences.fr/encyclopedie/article/v11-1055-2/>

inimitable. Quand on lit ces histoires, on se croit transporté au lit des malades ; on croit voir les symptômes qu'il détaille ; il raconte simplement, sans y mêler rien d'étranger ; et ces narrations simples, fidèles, qui, dénuées de tout ornement, paraissent devoir être sèches, ennuyeuses, ont un attrait infini, captivent le lecteur, l'occupent et l'instruisent sans le lasser, sans lui inspirer le moindre dégoût. Il n'a point honte de terminer souvent ses observations par ces mots si injustement critiqués, ἀπέθανε, il est mort. »⁶⁷

Dans cet extrait, Ménuret de Chambaud insiste sur l'importance de l'écrit sous forme de récits, ces « cas cliniques » laissés par Hippocrate, qu'il présente comme l'aboutissement parfait d'un raisonnement médical éclairé. Dans l'histoire des genres littéraires médicaux, le cas clinique a ainsi une place très ancienne. Cette histoire a été détaillée par Marion Escobar dans sa thèse⁶⁸, avec les « *tabulas* », puis les « *consilia* » ou « consultations », et enfin les « observations ». Ce dernier terme s'impose au XVII^e siècle, pour désigner la narration organisée d'un cas de maladie, avant de devenir le genre littéraire dominant en médecine pratique au XVIII^e siècle.⁶⁹

La notion de genre littéraire est importante en médecine comme en littérature, car elle vise à créer une forme, comme l'explique le médecin et historien de la médecine Joël Coste dans son article *La médecine pratique et ses genres littéraires en France à l'époque moderne* : identifier et nommer un genre littéraire, donner une forme à un écrit, c'est permettre une « reconnaissance par les lecteurs qui en ont une pré-compréhension de ce qui les porte vers elle. »⁷⁰ Ainsi, si le nombre d'écrits intitulés « Observation » explose dans les publications du XVIII^e siècle, on peut en conclure que la demande envers le genre était grande à cette époque. Elles prirent la place des consultations épistolaires, des traités, des antidotaires et des pharmacopées. Leur affirmation en tant que genre littéraire accompagna pleinement l'évolution de la pensée médicale.

D'autre part, la multiplication de ces écrits au XVIII^e siècle démontre que les médecins de l'époque, en vrais savants des Lumières, envisageaient la médecine comme une œuvre collective, et le savoir médical comme un savoir issu de ce partage. Le *Journal de médecine, chirurgie,*

67 *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers. Tome Onzième, 1765* - Article « Observateur ». Disponible sur: <http://enccre.academie-sciences.fr/encyclopedie/article/v11-1055-2/>

68 Marion Escobar, *Les cas cliniques au siècles des Lumières : revue de la littérature sur les périodiques du XVIII^e siècle*, thèse soutenue en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine, Projet REMEDE, Université de Montpellier, 2019.

69 Coste J., *La médecine pratique et ses genres littéraires en France à l'époque moderne* - BIU Santé, Paris
Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/medecine-pratique.php>

70 Coste J., *ibid.*

pharmacie, etc. publié entre 1758 et 1793⁷¹, étudié par Marion Escobar dans sa thèse, est un bel exemple de cette idée d'une médecine qui s'enrichit collectivement. L'objectif revendiqué de ce journal était de mettre à disposition des médecins le plus d' « observations » possibles, rédigées de façon similaires pour être comparables, afin que chacun puisse faire des liens entre les différents faits observés, et dégager des phénomènes reproductibles. Très populaire parmi les médecins de l'époque, ce périodique incitait également ses lecteurs à rédiger eux-mêmes des « observations » selon la trame définie, et à les adresser au *Journal* pour enrichir la somme des observations cumulées dans toutes les publications. On peut reconnaître dans cette démarche la méthode scientifique et les balbutiements de la recherche médicale moderne : regrouper des faits objectifs rigoureusement détaillés pour être comparés, afin que la multiplication des phénomènes fasse émerger une vérité objective, qu'un simple exemple ne pourrait confirmer seul.

Dans ses publications, la Société Royale de médecine tenta une démarche similaire. Les médecins correspondants écrivaient des « observations », ou les recueillaient auprès de médecins de leur connaissance, et la Société les publiait dans son ouvrage bi-annuel *Histoire de la Société royale de médecine..., Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*. Dans la préface du premier volume, on trouve une ébauche de plan pour la rédaction d'une « observation » :

« Les observations de médecine pratique peuvent être divisées en deux classes. Les unes sont isolées et ne contiennent qu'un seul fait ; les autres en comprennent un plus grand nombre. Quoique les premières paraissent facile, parce qu'elles ne sont qu'un exposé succinct, elles exigent cependant beaucoup de précision et de connaissances de la part de celui qui les rédige. Il est surtout important qu'il se dépouille de son esprit de système et qu'il ne cherche point à donner des explications lorsqu'il ne doit s'occuper que du fait et des circonstances avec lesquelles il a une liaison immédiate.

1°. On indiquera tout ce qui peut influer sur la maladie, quoique étranger au malade ; tels que la saison, le climat, l'état du ciel et les maladies régnantes.

2°. On fera mention de la cause, s'il y en a une apparente, et on se souviendra surtout qu'il est très dangereux d'en indiquer une incertaine.

3°. Le tempérament, l'âge, le sexe et l'état antérieur et habituel des malades seront exposés avec soin.

4°. On fera une attention spéciale à l'invasion de la maladie ; on en tiendra un journal et l'on décrira jour par jour les symptômes.

71 *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.* (1758-1793). Disponible sur: <http://gazetier-universel.gazettes18e.fr/periodique/journal-de-medecine-chirurgie-pharmacie-etc-1758-1793>

5°. On indiquera dans le même ordre l'administration des remèdes et leurs effets.

6°. Les accès ou redoublements, les intermissions, les mouvements critiques et les récidives seront notés avec soin.

Enfin, la Société engage ceux qui voudront bien leur envoyer des observations de Médecine pratique, à les rédiger le plus brièvement qu'il leur sera possible et à n'y mêler aucune considération étrangère. »

On y retrouve la définition du genre « observation », tel qu'il était rédigé à l'époque. Des plans similaires sont présents dans de nombreux ouvrages contemporains de la Société Royale, ainsi que dans le *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.*, témoignant de l'uniformisation de ce type de cas clinique. Il est amusant pour le médecin d'aujourd'hui d'y reconnaître parfois l'observation médicale telle qu'on la rédige encore dans les hôpitaux, lors de l'admission d'un patient, et telle qu'on l'enseigne aux étudiants en médecine. Pour illustration, voici quelques extraits d'un cours du Collège National des Enseignants de Médecine Interne, par le Professeur Luc Mouthon, daté de 2013 :

« L'observation médicale est un outil de travail, rédigé par le médecin. Elle est utile pour la construction du diagnostic, l'élaboration de la prise en charge du patient et la transmission de l'information. La construction de l'observation se fait en plusieurs étapes, développées plus loin :

- Recueil des données d'identification du patient.
- Interrogatoire : contexte / antécédents / traitements suivis / habitus et mode de vie / histoire de la maladie, précision des symptômes / examen clinique (ou physique).
- Synthèse des résultats d'examens complémentaires éventuellement disponibles.
- Rédaction d'une conclusion, étape indispensable pour la construction du raisonnement diagnostique.

Le malade peut, consciemment ou le plus souvent inconsciemment, brouiller les cartes, oublier un épisode du passé, interpréter les choses de manière erronée. Il ne faut prendre en compte que les faits, et donc s'attacher à les faire décrire par le patient [...]. Un bon interrogatoire ne laisse pas de place à l'interprétation ("la malade a dit que..., j'en ai conclu que..."), il ne recherche que des faits ("voilà exactement ce qui est arrivé"). »⁷²

Nul doute qu'avec les « observations » médicales du XVIII^e siècle, affranchies des ancienne théories et des systèmes, la médecine moderne affleure. C'est d'ailleurs leur proximité

72 <http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio1/site/html/cours.pdf>

avec nos cas cliniques d'aujourd'hui, ainsi que leur caractère narratif, presque immersif, leur rigueur et leur recherche d'objectivité, qui a porté les membres du projet REMEDE à s'y intéresser pour leurs recherches.

Deuxième partie : **Étude des observations de la Société Royale de Médecine**

1. Matériel et méthode

1.1 Type d'étude

Une revue systématique des dix volumes de l'ouvrage *Histoire de la Société royale de médecine... Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*, publié entre 1779 et 1790, a été menée du 15 octobre 2020 au 1er décembre 2020, suivie d'une étude descriptive et quantitative des cas cliniques issus de cet ouvrage.

1.2 Stratégie de recherche

Des réunions d'échange trimestrielles entre médecins (Yannick Barnier, ancien chef de clinique de médecine générale au DUMG de Montpellier, Département de sciences humaines et sociales de la Faculté de Médecine de Montpellier, Jeanne Lesconnec et Marion Escobar, docteurs en médecine, Marie Torcat et Sophie Fruit, internes en médecine générale) et chercheurs (Sylvaine Artero, INSERM U1061, Neuropsychiatrie : recherche épidémiologique et clinique, Stephen Baghdiguan, CNRS, Morphogénèse et évolution, Université de Montpellier 2, Frédéric Landmann, chercheur CNRS, chef de laboratoire au CRBM en parasitologie et biologie cellulaire, Michel Raymond, directeur de recherche CNRS, ISEM, biologie évolutive) ont été organisées à partir du mois de novembre 2018, afin de formuler les objectifs du projet REMEDE (*Réussite et Échecs de la Médecine Pré-moderne*), de poser de premières hypothèses et de réfléchir aux moyens d'y répondre.

Le premier objectif fut de donner une définition du cas clinique qui soit applicable à la littérature médicale du XVIII^e siècle, dans le but de constituer un corpus de cas cliniques représentatif de la médecine des Lumières. Les textes étudiés pour cet objectif étaient initialement issus de manuscrits publiés ou non publiés, ainsi que de revues périodiques. À partir d'échantillons issus de ces différentes sources, des variables d'études ont été définies, sélectionnées selon leur pertinence à caractériser les cas cliniques. Ces recherches ont permis la création d'une base de données dont l'élaboration est toujours en cours, accessible aux chercheurs du projet REMEDE à l'adresse <http://isemsurvey.mbb.univ-montp2.fr/remede/>. On y retrouve les

échantillons du corpus de cas cliniques, caractérisés par leurs variables. Les travaux souhaitant répondre au deuxième objectif, qui est l'évaluation des pratiques médicales du XVIII^e siècle, s'appuieront sur ce corpus. Ce projet fait donc l'objet de plusieurs thèses de médecine générale.

Cette thèse participe au projet REMEDE, en contribuant à la constitution du corpus à partir des archives de la Société Royale de Médecine et à l'élaboration de la base de données. Cette base de données se veut représentative de la médecine de l'époque. Une fois constituée, il sera possible de l'interroger sous divers aspects.

1.3 Sources des données

Le corpus de textes analysé dans cette thèse comprend toutes les « observations » contenues dans les dix volumes de l'ouvrage *Histoire de la Société royale de médecine..., Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*, publié entre 1779 et 1790. Nous avons réalisé la sélection des « observations » et l'échantillonnage via la base de données de la bibliothèque numérique MEDICA du site internet de la BIU Santé Paris, où les ouvrages sont disponibles en version numérisée. Pour l'analyse descriptive, nous avons lu les cas à la Bibliothèque Universitaire Historique de Montpellier, où les dix volumes sont conservés en un exemplaire.

1.4. Sélections des cas et échantillonnage

Nous avons lu les titres des textes contenus dans l'ouvrage *Histoire de la Société royale de médecine..., Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*. Dans la continuité des travaux déjà effectués dans le cadre du projet REMEDE, le critère d'inclusion retenu était la présence du terme « observation » dans le titre. Il est à noter que le caractère succinct des titres, ne comprenant souvent que le terme « observation », sans détail, ne nous a pas permis d'appréhender à la simple lecture des titres le contenu des textes. C'est pourquoi aucun critère d'exclusion n'a été retenu pour cette sélection. À la suite de cette première sélection, 348 cas ont ainsi été identifiés.

À partir des 348 « observations » identifiées, nous avons utilisé une table de nombres aléatoires pour constituer un échantillon aléatoire simple sans remise de 100 « observations ». Nous avons récupéré les versions intégrales de ces « observations » pour lecture complète. Leur

récupération s'est faite librement sur internet via MEDICA⁷³. Les cent « observations » ont alors fait l'objet d'une première lecture, où les critères d'exclusion pour intégrer l'échantillon à étudier étaient :

- autopsie dont le patient est déjà décédé au début du cas clinique
- cas clinique comprenant plusieurs patients non individualisables
- récits ne comprenant pas la mention d'un patient (observations générales sur une maladie ou un traitement)
- rapports d'expérience
- observation sur un sujet animal

Sur les 100 cas lus, nous avons ainsi exclu 14 cas. Par ailleurs, 13 textes ont révélé à la lecture contenir plusieurs « observations ». Nous les avons individualisées. L'échantillon final étudié comprend ainsi 106 cas cliniques. Sur l'ensemble du corpus identifié de 348 cas cliniques, 248 cas n'ont pas été lus.

1.5 Extraction des données

Nous avons analysé les cas selon une grille de lecture élaborée au fil des réunions REMEDE. Cette grille reprend les variables utilisées dans les études réalisées par Jeanne Lesconnec et Marion Escobar dans leurs thèses. Pour chaque cas, nous avons donc relevé les données générales suivantes :

- Ouvrage dont le cas est issu
- Titre du cas
- Auteur : qualité (médecin, chirurgien ou anonyme), nom si précisé
- Spécialité médicale identifiée à la lecture du cas
- Caractéristiques du patient : sexe, nom, âge, antécédents si mentionnés, tempérament, constitution, lieu de résidence, métier, mode de vie
- Durée de la maladie : aiguë ou chronique
- Présence d'un facteur déclenchant identifié
- Symptômes présentés par le patient
- Traitement entrepris

⁷³ <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?file=o&cotemere=05749>

- Issue : guérison, séquelles, décès

Concernant les traitements entrepris, nous les avons relevé avec les variables suivantes :

- Nom donné au traitement
- Substance utilisée
- Type de traitement (ou effet recherché)
- Galénique ou voie d'administration utilisée

Dans une volonté d'adaptation aux particularités de la source étudiée, et pour répondre aux objectifs propres à cette thèse, nous avons également recueilli les données suivantes :

- Narration : à la 1ère personne ou récit rapporté
- Lieu du récit : domicile, hôpital, autre (cabinet ou domicile du médecin) ou lieu inconnu
- Mention ou non d'un examen physique
- Réalisation ou non d'une autopsie

Les résultats sont rapportés dans les tableaux des figures 1 à 8 en annexe.

1.6 Analyses statistiques et traitement des données

Les résultats ont été exprimés en effectif et pourcentage pour les variables identifiées dans chaque cas. Le test exact de Fisher pour tableau de contingence 2x2 a été utilisé pour la comparaison des proportions. Le risque alpha était fixé à 5%. Les tests statistiques ont été réalisés via le logiciel *R Core Team 2021*.

1.7 Éthique et confidentialité

Ce travail ne nécessitait pas d'avis du comité d'éthique ni de déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

2. Résultats

2.1 Description du corpus de cas cliniques

La recherche documentaire a permis d'identifier 348 cas issus des sommaires des dix volumes de l'ouvrage *Histoire de la Société royale de médecine... Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*. Après lecture des 100 cas tirés au sort parmi ces 348 cas, 14 cas ont été exclus selon les critères détaillés ci-dessus, et 13 textes comprenaient plusieurs « observations ». L'échantillon final étudié dans cette revue de la littérature comprend ainsi 106 cas cliniques.

La particularité du corpus étudié dans cette thèse, contrairement aux autres études du projet REMEDE, est que l'ensemble des textes étudiés provient du même ouvrage. De plus, cet ouvrage couvre une période relativement courte à l'échelle du XVIII^e siècle, un peu plus d'une décennie, puisqu'il a été publié entre 1779 et 1790, ce qui correspond à la fin du siècle. Comme nous l'avons décrit dans la première partie de cette étude, ces textes étaient publiés sous l'autorité de la Société Royale de Médecine, qui avait pour mission de chercher des réponses aux problématiques médicales de son époque. Les dix volumes de *Histoire de la Société royale de médecine... Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*, sont chacun divisés en deux parties distinctes, une partie *Histoire*, qui comprend des sections *Médecine pratique*, *Chirurgie* et *Anatomie*, et une partie *Mémoires*. Parmi les 348 cas cliniques identifiés, 57% (n=197) sont issus des *Mémoires*, et 43% (n=151) sont issus des *Histoires*. Parmi ces derniers, 46% (n=70) sont issus des sections *Médecine pratique*, 6% (n=9) sont issus des sections *Anatomie*, et 11% (n=17) sont issues des sections *Chirurgie*. Ainsi, 36% (n=55) des cas issus de *Histoire* ne sont pas classés en section. Ces 55 cas sont tous issus du volume 6, qui est entièrement consacré à la rage.

À la lecture des titres, on trouve en effet que 26% (n=96) des cas du corpus traitent de la rage. Cette proportion importante reflète la place cruciale que tenait cette pathologie dans les recherches de l'époque.

2.2 Analyse de l'échantillon de cas cliniques

2.2.1 Auteur et narration

Dans la grande majorité des cas, l'auteur de l'« observation » est un médecin (88%, n=93). Ce chiffre n'est pas surprenant, puisque la Société Royale de Médecine est une Académie de médecins, dont la création répond au moins en partie à l'existence de l'Académie Royale de Chirurgie qui lui est antérieure. Celle-ci publie par ailleurs ses propres ouvrages. Ainsi à l'époque où sont publiées ces « observations », la séparation entre médecins et chirurgiens est définitivement actée. Les chirurgiens ne sont pas pour autant exclus de la Société Royale de Médecine : l'échantillon compte 6 cas (6%) écrits par un chirurgien. Par ailleurs, à la lecture des cas, on devine la place que prenaient les chirurgiens dans la médecine de campagne, et le travail collaboratif qui s'établissait entre médecins et chirurgiens. Par exemple dans le cas numéro 10, qui est le récit d'une pathologie du post-partum, le médecin est appelé au chevet de la patiente, il indique les traitements à administrer mais c'est le chirurgien qui applique les soins. Une situation similaire se trouve dans le cas 86. Il est difficile d'en conclure qu'il existe là une hiérarchie (le terme chirurgien peut aussi bien renvoyer à un chirurgien barbier qu'à un authentique chirurgien diplômé), mais cela reflète au moins l'importance que prenaient les chirurgiens de campagne dans le quotidien des malades au XVIII^e siècle. S'il était facile de trouver un médecin en ville, les campagnes étaient souvent désertées, et les chirurgiens y étaient largement majoritaires. Leurs soins étant également moins onéreux, c'est vers eux que se tournaient souvent en premier recours les patients de la campagne.⁷⁴ Dans le cas numéro 25 également, médecin et chirurgien travaillent ensemble. Ce cas raconte le déroulement d'une opération dite de la taille, c'est à dire l'extraction d'un calcul lithiasique. L'opération demandée par la malade est d'abord refusée par un chirurgien en raison de sa dangerosité devant son état général, mais le médecin en charge de la patiente approuve le geste, et fait appeler un autre chirurgien. Ils pratiquent alors l'opération ensemble, avec succès. Le cas numéro 95 est un autre bel exemple de collaboration : face à une hernie, après échec du traitement médical initial, le médecin en charge du patient appelle un chirurgien. La chirurgie réussit partiellement, et le patient requiert toujours des soins. Devant finalement quitter la campagne, le médecin laisse alors le patient à la charge du chirurgien, tandis qu'il continue d'échanger avec lui sous forme de lettres, pour connaître l'évolution de la prise en charge. Les cas numéros 100, 107, 108, 113 et 114 font également mention d'une prise en charge

⁷⁴ Voir Goubert J-P., *Réseau médical et médicalisation en France à la fin du XVIII^e siècle*, in *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*. Tome 86, numéro 2, 1979.

conjointe par le médecin et le chirurgien, ce qui porte le nombre total de cas à 11 soit 10% des cas. Ainsi, la place que prennent les chirurgiens dans les écrits de la Société Royale de médecine n'est pas négligeable. Par ailleurs, une petite partie des « observations » étudiées sont anonymes (7%, n=7), et ne permettent pas de juger si l'auteur est médecin ou chirurgien. Il s'agit dans ces 7 cas de récits rapportés, ils sont publiés au nom de la Société Royale de Médecine qui n'en distingue pas l'auteur.

Dans la majorité des cas, le récit est raconté à la première personne, et l'auteur et le narrateur sont confondus (58%, n=61). Mais une place importante est laissée aux récits rapportés (42%, n=45). Cela témoigne bien de la façon dont fonctionne la Société Royale de Médecine. Le nombre de médecins membres de la Société est faible, mais le réseau de correspondants est immense : dans 67% des cas (n=30), le récit rapporté provient d'un autre médecin. Certains des médecins les plus représentés au sein de notre corpus sont ainsi les auteurs d'une majorité de récits rapportés. C'est le cas de Charles-Louis-François Andry, un des premiers membres de la Société Royale, qui est l'auteur de 28 cas au sein de l'échantillon dont 21 récits rapportés. On peut également noter que pour 4 cas, le récit provient du patient lui-même, dont 3 ont pour objet les thérapies par l'aimant. Ce sujet est d'ailleurs représenté dans 31% des cas rapportés (n=14).

2.2.2 Lieu du récit

Le caractère narratif des « observations » médicales permet de recueillir des informations précieuses sur le contexte de prise en charge des malades. Ainsi dans les textes étudiés, on observe qu'une grande partie des malades sont pris en charge chez le médecin lui-même (23%, n=24). Il est difficile de déterminer s'il s'agit là d'un cabinet médical ou du domicile du médecin, mais la formulation montre que c'est le patient qui vient consulter : « *un soir il vint chez moi* » (cas 6), « *il vint me consulter* » (cas 7), « *il vint chez moi* » (cas 29), « *amena chez moi son fils* » (cas 31), « *se rendit chez moi* » (cas 32), « *me fut adressée* » (cas 37), « *se présenta chez moi* » (cas 42), « *me consulta* » (cas 52), « *m'amena son fils* » (cas 106), « *vint elle-même me trouver* » (cas 116), etc.

La place croissante que prend l'hôpital au sein des réseaux de soin du XVIII^e siècle se retrouve également dans les « observations » : 12% des récits s'y déroulent (n=13). En effet, à cette époque, l'hôpital est en cours de métamorphose. D'hospice ou de mouvoir, il est en train d'évoluer vers un lieu de soins de qualité, et lieu d'enseignement pour les médecins. L'impulsion

de cette évolution est en partie politique. On peut en trouver un exemple dans le cas 108 : ce cas fait le récit de quinze patients mordus par un chien enragé, hospitalisés conjointement à l'Hôpital de la Charité, sur ordre de la magistrature, où leurs soins sont prodigués gratuitement par un comité de médecins et de chirurgiens dédiés. Des protocoles de soin sont établis, et adaptés à chaque malade en fonction de ses symptômes. On retrouve dans ce récit l'idée qu'il faut regrouper ensemble les patients atteints d'une même maladie. Cette démarche permet de mettre facilement en évidence les symptômes communs à une même pathologie, et d'en distinguer les variations. La possibilité d'envisager statistiquement ces variations pour dégager des entités pathologiques est au cœur de la réflexion clinique qui fleurira au XIX^e siècle.

Le troisième lieu de soin représenté dans les « observations », et le plus fréquemment retrouvé, est le domicile du patient (17%, n=18). Dans 46% des cas (n=49), le lieu du récit n'a pas pu être déterminé.

2.2.3 Caractéristiques des patients

Sexe

Dans l'échantillon étudié, 63% des patients sont de sexe masculin (n=67), et 37% des patients sont de sexe féminin (n=39). Le sexe du patient est précisé dans tous les cas cliniques de l'échantillon (100%, n=106).

Nom

Dans 51% des cas (n=54), le nom du patient est entièrement précisé. Moins de la moitié des cas sont donc anonymisés.

Âge

Contrairement à l'échantillon de cas étudié par Jeanne Lesconnec, où l'âge était une donnée peu précisée (17% des cas), l'âge du patient est ici mentionné dans la majorité des cas étudiés ici (77%, n=82, différence fortement significative avec $p < 0,001$). Cela est plus proche de l'échantillon étudié par Marion Escobar, issu des journaux périodiques et constitué en majorité d'« observations » (80%, n=79, différence faiblement significative avec $p = 0,023$). Cela peut

s'expliquer par le fait que dans l'échantillon étudié par Jeanne Lesconnec, le genre littéraire « consultation » est majoritaire (82%, n=81). Ces données sont cohérentes avec le fait que le genre « observation » se rédige pour les médecins de l'époque avec une sorte de trame pré-définie, où les caractéristiques du patient, dont l'âge et le sexe, sont requises.

Dans l'échantillon étudié ici, les adultes (24-60 ans) constituent la classe d'âge majoritaire (43%, n=46). Les seniors (âge supérieur à 60 ans) représentent 9% (n=10) des cas cliniques. On trouve ensuite les enfants (3-11 ans) et grands enfants (11-18 ans), avec 8% des cas respectivement (n=9 pour chaque classe d'âge), puis les jeunes adultes (18-24 ans) avec 5% des cas (n=5), puis les nourrissons (âge inférieur à 3 ans) avec 3% des cas (n=3).

Antécédents

Les antécédents du patient sont mentionnés dans 23% des cas (n=24). Il s'agit en général des maladies dont le patient a souffert par le passé, et celles-ci ne sont pas forcément en lien avec les symptômes ou la pathologie exposée dans le cas. On peut citer comme exemple : « goutte », « dévoiement », « scorbut », « par deux fois attaqué de la vérole », « apoplexie », « affection nerveuse pour laquelle il mâche de la rhubarbe », « pleurésie », « fut saigné un grand nombre de fois », « rhumatismes », « maladies vénériennes », « convulsions lors d'une éruption dentaire », « surdité ». Dans le cas numéro 10 déjà cité, qui traite d'une pathologie du post-partum, les événements survenus pendant la grossesse et le déroulement de l'accouchement sont mentionnés. D'autre part, il est intéressant de noter que pour 10 cas, les antécédents sont précisés sous forme d'absence : « après avoir jusqu'à ce moment joui d'une bonne santé » (cas 32), « jouissait par ailleurs d'une bonne santé » (cas 37 et 38), « n'avait été altéré par aucune maladie », (cas 62), « avait toujours joui d'une bonne santé » (cas 90), « aucun mal vénérien » (cas 107), etc. Ainsi, à la simple lecture des cas, on peut poser l'hypothèse que les auteurs qui mentionnent l'absence d'antécédent sont les plus rigoureux vis-à-vis du récit, mais lorsque ceux-ci ne sont pas précisés, cela peut provenir du fait que l'auteur les a recherchés mais n'en a pas trouvé. Nous ne pouvons donc pas regarder cette donnée comme un manque d'intérêt pour les antécédents du patient.

Tempérament

Dans l'échantillon étudié, le tempérament est mentionné dans seulement 14% des cas

(n=15). On peut citer pour exemple : « *humeur inquiète et mélancolique* » (cas 29), « *sec et sanguin* » (cas 34), « *ardent et bilieux, fort enclin à la colère* » (cas 76), « *d'un tempérament assez fort* » (cas 100), « *d'un tempérament vif, gai, spirituel* » (cas 108), « *phlegmatique, d'un caractère triste* » (cas 109), « *sanguine, d'un caractère vif et gai* » (cas 110), « *d'un tempérament bilieux, [...] au caractère difficile, [...] à l'humeur brusque et colère* » (cas 113). Le vocabulaire employé pour définir le tempérament des patients est donc bien plus large que les 4 termes dédiés (sanguin, pituiteux, phlegmatique, mélancolique) dans la théorie des humeurs de Galien.

Dans le *Dictionnaire portatif de médecine* de Jean-François Lavoisien, le tempérament est défini comme suit en 1793 :

« On entend par tempérament une disposition particulière du corps, qui est produite par la combinaison particulière des principes dont il est composé : c'est une union et accord de ces principes, tant solides que liquides, qui se répriment et tempèrent mutuellement : de là l'étymologie de ce mot, c'est-à-dire, du verbe latin *temperare*, tempérer. [...] On distingue en général quatre espèces de tempérament simple, que l'on caractérise chacun par certains signes : ces quatre tempéraments sont le sanguin et chaud ; le pituiteux, phlegmatique et froid ; le mélancolique et attrabilaire (*sic*) ; le bileux et sec. »⁷⁵

Il est intéressant de noter que dans cette définition qui date de la fin XVIII^e siècle, le concept d'humeur n'est pas utilisé. Ces théories étaient en effet largement remises en question à cette époque, et le terme tempérament semble évoluer vers le sens que nous lui connaissons aujourd'hui, plus proche de la personnalité. Ainsi dans l'*Encyclopédie méthodique de médecine*, plus tardive que le *Dictionnaire* de Lavoisien, la définition du tempérament trouvée dans le volume publié en 1830 est celle-ci :

« On désigne sous ce nom les différences physiques et morales (compatible avec l'état de santé) qui se remarquent entre les hommes, et qui, liées à des variétés de proportions entre les principaux systèmes organiques de l'économie, se manifestent à nos yeux par des attributs extérieurs qui ont servi à caractériser et à classer les diverses espèces de tempéraments. »⁷⁶

L'article s'attache ensuite à expliquer la théorie des humeurs de Galien, en insistant sur le

75 Lavoisien J-F., *Dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chymie, d'histoire naturelle, de botanique et de physique*,... . A Paris, chez Théophile Barrois ; 1793. p 567-568. Disponible sur : http://archive.org/details/BIUSante_45392

76 Moreau J-L., *Encyclopédie Méthodique : Médecine / Par Une Société De Médecins. SEM-Z. 1830*, p. 221-224. Disponible sur <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=page&cote=07410xM13&p=223>

fait qu'elle est obsolète. Les différents tempéraments sont alors exposés selon leurs caractères observables, qui sont pour la majorité des caractéristiques physiques et des traits de personnalité.

Cette minorité de cas où le tempérament est mentionné est superposable avec les résultats des études de Jeanne Lesconnec et Marion Escobar. Dans leurs échantillons, le tempérament est renseigné respectivement dans 24% et 23% des cas, la différence n'est pas significative avec respectivement $p=0,108$ et $p=0,076$.

Constitution

Dans le *Dictionnaire portatif* de Lavoisien, la constitution est définie ainsi :

« Assemblage de plusieurs parties pour faire la composition d'un tout. On dit en ce sens qu'un homme est de bonne constitution lorsqu'il est bien composé, qu'il est sain et robuste, qu'il endure le froid, le chaud, la fatigue, sans en être incommodé. »⁷⁷

Dans l'échantillon étudié, la constitution est précisée dans 29% des cas ($n=31$). Les termes employés sont par exemple « *forte* » (cas 9 et 15), « *très forte* » (cas 62, 64, et 66), « *forte et robuste* » (cas 26), « *grand et robuste* » (cas 31), « *délicate* » (cas 41), « *robuste, pléthorique* » (cas 49), « *fort et vigoureux* » (cas 56), « *athlétique* » (cas 76), « *rachitique* » (cas 70 et 71), « *replette* » (cas 43), « *embonpoint* » (cas 83), « *délicate* » (cas 72), « *maigre et sèche* » (cas 96), « *charnu et en embonpoint, de la meilleure constitution* » (cas 91), « *charnu et ayant beaucoup de ventre* » (cas 97), « *petit mais fort, musculeux* » (cas 108), « *petit, très peu formée, d'une constitution lâche* » (cas 109), « *d'une petite stature, délicate* » (cas 110), « *maigre, décharné* » (cas 118), etc.

Il s'agit donc pour la plupart de caractéristiques physiques qui reflètent l'état général du patient. Mentionnée de façon minoritaire dans les cas de l'échantillon étudié dans cette thèse, cette proportion est tout de même plus élevée que dans l'échantillon issu des monographies étudiées par Jeanne Lesconnec (8% des cas faisant mention de la constitution du patient, différence significative, $p<0,001$), correspondant au début du XVIII^e. Concernant les périodiques étudiés par Marion Escobar, où la constitution était renseignée dans 18% des cas, la différence n'est pas significative ($p=0,073$). Les « observations » étudiées dans cette thèse correspondant à la

⁷⁷ Lavoisien J-F., *op. cit.* p. 142.

fin du XVIII^e siècle, une étude sur des échantillons plus importants pourraient permettre d'évaluer si la mention de la constitution se substitue à la mention du tempérament dans les cas cliniques du début à la fin du siècle.

Métier et mode de vie

Le métier est renseigné dans presque la moitié des cas de l'échantillon étudié (46%, n=49). A la lecture, on ne distingue pas de métier majoritaire, les activités renseignées étant aussi diverses que religieux, intendant des chasses, portier, tailleur, avocat en parlement, métayer, prieur, domestique, chirurgien, valet de chambre, compagnon maçon, peintre, ouvrière en corps baleiné, ciseleur, jardinier, cordonnier, demoiselle noble, agriculteur, paysan, mécanicien, blanchisseuse, bénédictin, enseignant de mathématiques, brigadier des armées du roi, pensionnaire au couvent, femme de chambre, comtesse, cuisinière, tondeur de draps, militaire officier, journalier travaillant la terre, négociant, laboureur, berger, etc.

Cette proportion importante de cas où le métier est renseigné semble être une particularité de ce corpus issu de la Société Royale de Médecine, puisque dans les périodiques étudiés par Marion Escobar, et dans les monographies étudiées par Jeanne Lesconnec, les métiers des patients étaient renseignés respectivement dans 16% (différence significative, $p < 0,001$) et 17% des cas (différence significative, $p < 0,001$). La mention du métier dans les textes étudiés par Jeanne Lesconnec et Marion Escobar ne présente quant à elle pas de différence significative ($p=1$). Cette importance accordée à la mention du métier dans notre corpus nous semble cohérente avec les travaux de la Société Royale de Médecine, puisque celle-ci a participé à l'émergence de ce que nous appelons aujourd'hui la santé publique, c'est à dire le soucis de la santé d'une population dans son ensemble, et donc également la santé au travail. D'ailleurs, dans nombre de cas traitant de maladies chroniques comme les paralysies, la bonne évolution de la pathologie est évaluée par la capacité du patient à reprendre son travail.

Dans notre échantillon, le mode de vie est également précisé dans 13% des cas (n=14). On y trouve des informations sur l'activité, l'alimentation ou les conduites sexuelles. On peut citer pour exemple : « *excès de liqueur* » (cas 6), « *un homme de lettres, grand travailleur, sérieux et mangeant beaucoup, surtout du poisson de mer* » (cas 7), « *adonné au vin et aux liqueurs spiritueuses* » (cas 9), « *a toujours vécu d'une manière très frugale* » (cas 15), « *excès de vin et de liqueurs fortes* » (cas 33), « *a beaucoup usé des femmes* » (cas 48), « *fortement*

appliqué à l'étude dans sa jeunesse » (cas 52), « *usé par les travaux les plus rudes de l'agriculture* » (cas 57), « *avait trop usé du vin et des femmes* » (cas 68), « *vie agitée et active, livré à des passions quelquefois tumultueuses* » (cas 76), « *sujet à l'ivrognerie* » (cas 100), « *n'avait pas fait d'excès* » (cas 107), etc. Sur les 14 cas, on peut noter que 36% (n=5), font référence à une consommation d'alcool excessive. Cette mention du mode de vie se rapproche ainsi de ce que l'on appellerait aujourd'hui l'hygiène de vie, et les excès (d'alimentation, d'alcool, mais aussi de sédentarité lorsque les malades abusent de l'étude) sont mis en lien avec l'état de santé général.

Dans la trame suggérée d'une « observation » médicale bien rédigée, placée en préface du Volume 1 des *Histoires et Mémoires* et citée dans la première partie de cette thèse, la Société Royale de médecine demande que « le tempérament, l'âge, le sexe et l'état antérieur et habituel des malades » soit « exposé avec soin ». Parmi les variables relevées dans cette étude, on peut considérer que les variables antécédents, mode de vie, tempérament, constitution et métier font référence à des données parfois communes et concordantes. Sans s'engager dans une sociologie qui serait anachronique, on peut supposer que pour un médecin de l'époque, savoir par exemple qu'un patient est laboureur renseigne autant sur sa constitution que sur son mode de vie. De même, connaître son régime alimentaire ou ses conduites sexuelles le renseigne sur son risque de souffrir de certaines maladies particulières, en particulier la goutte, bien connue à l'époque pour son lien avec une alimentation riche, et les maladies vénériennes. Ainsi, il est intéressant de constater que si l'on considère ces cinq variables comme faisant toutes partie de « l'état antérieur et habituel des malades », 77% des cas (n=82) en comportent au moins une, et répondent à la demande de la Société pour la rédaction d'une « observation » de qualité.

Temporalité et localisation géographique du récit

À la lecture des cas, il a été constaté que la localisation du récit était souvent signalée, à travers le nom de la ville ou du village habité par le patient, voire le lieu de résidence exact (43%, n=46). Cette information est en général placée dès la première ligne du cas, au même titre que le nom du patient lorsqu'il est précisé. Cela pourrait ainsi être regardé comme appartenant aux informations globales sur l'identité du malade, mais le contexte de rédaction de ces « observations » suggère autre chose. En effet, comme nous l'avons développé en première partie, Vicq d'Azyr et la Société Royale de Médecine se sont donnés pour mission de réaliser une enquête « épidémiologique » sur l'état de santé des populations dans les provinces françaises. Ils

souhaitaient ainsi mettre en évidence un lien entre certaines pathologies et certaines provinces, suggérant que des maladies pouvaient se développer préférentiellement sous certains climats ou certains modes de vie. Dans ce contexte, la mention de la localisation géographique du cas prend immédiatement un autre sens.

Cette donnée importante s'intègre ainsi dans la demande formulée dans la préface de l'ouvrage *Histoire et Mémoire* déjà citée : « On indiquera tout ce qui peut influencer sur la maladie, quoique étranger au malade ; tels que la saison, le climat, l'état du ciel et les maladies régnantes. » La mention fréquente de la date exacte, avec le mois et l'année en début de cas, s'inscrit aussi dans la même démarche. C'est une information qui peut se recouper avec les données météorologiques et épidémiques qui sont relevées régulièrement par la Société via ses correspondants. On peut citer pour exemple le cas 29 : « *Le 31 décembre de l'année 1777, M. de la Motte, chirurgien, âgé de quarante-deux ans, dont la résidence ordinaire est à Fontenai en Brie, vint chez moi.* », ou le cas 94 : « *Le 19 août 1772, Anne-Marie Baw, fille âgée de 73 ans, entra à l'hôpital bourgeois de Strasbourg.* ». Savoir que la pathologie s'est déclarée en hiver à la campagne, ou en été à la ville est ainsi une information intéressante pour les médecins de la Société Royale.

2.2.4 Caractéristiques de la maladie

Spécialité médicale

Comme Marion Escobar et Jeanne Lesconnec le précisait dans leurs thèses, la notion de spécialité médicale n'existait pas au XVIII^e siècle. Comme nous l'avons développé en première partie, la conceptualisation de la maladie communément admise à cette époque était celle d'un déséquilibre global du corps, et cela n'avait pas encore permis d'ouvrir la voie à la pathologie d'organe. Ainsi, la variable spécialité médicale associée à chaque cas est une extrapolation faite à la lecture des symptômes. Elle peut donc être source d'erreurs invérifiables, de même que les diagnostics posés. De plus, certaines spécialités comme l'hématologie ou l'endocrinologie, qui s'appréhendent difficilement en l'absence d'examen complémentaire, ne peuvent être reconnues de manière certaine dans ces cas cliniques. Ce type de données ne peut donc pas être utilisé de façon fiable pour faire de l'épidémiologie rétrospective sur le XVIII^e siècle, et n'est renseigné ici qu'à titre indicatif.

Dans l'échantillon étudié, 26% des cas font l'objet de plusieurs spécialités médicales : 23% (n=24) ont été classés sous 2 spécialités, 3% (n=3) ont été classés sous 3 spécialités. Les résultats donnés en pourcentage sont ainsi calculés à partir d'un effectif total de 136.

Les spécialités médicales les plus représentées dans l'échantillon étudié sont la neurologie, avec 31% des cas (n=42), et l'infectiologie avec 16% des cas (n=22). Cela reflète la part considérable de cas concernant la rage (21%, n=22), et les recherches sur traitement par électricité qui s'appliquait en général sur des symptômes de paralysie (36% des cas ont pour objet ce traitement, n=38). Les spécialités les plus représentées sont ensuite la gastro-entérologie (10%, n=14), la pédiatrie (10%, n=13) et la rhumatologie (8%, n=11). Les autres spécialités relevées dans les cas sont : la dermatologie (5%, n=7), l'urologie (4%, n=6), la gynécologie-obstétrique (3%, n=4), l'ORL (4%, n=5), l'orthopédie (2%, n=3), l'oncologie (1%, n=2), l'ophtalmologie (1%, n=2) et de façon isolée la cardiologie, la pneumologie, la psychiatrie, la médecine vasculaire et l'odontologie, avec 0,7% des cas pour chaque (n=1).

Durée de la maladie

Dans 41% des cas (n=43), la pathologie décrite dans le récit a un caractère aigu (symptômes ayant débuté dans les 3 mois précédents le début du récit). Dans 59% des cas (n=63), l'« observation » traite d'une pathologie chronique.

Identification d'un facteur déclenchant

Dans l'échantillon étudié, un facteur déclenchant la pathologie décrite est signalé dans 30% des cas (n=32).

Dans son étude des cas issus des monographies publiées au XVIII^e siècle, Jeanne Lesconnec avait relevé l'existence d'un facteur déclenchant dans 24% des cas étudiés. Cette donnée prenait place dans sa réflexion sur les débuts d'un raisonnement médical rationnel à l'œuvre au XVIII^e siècle, chez des médecins qui tentaient des explications étiologiques pour comprendre la maladie. Ainsi, il est intéressant de noter que dans l'échantillon étudié dans cette thèse, le facteur déclenchant est dans 16% des cas (n=5) un trouble affectif, par exemple un « accès violent de colère » dans le cas 67, une « frayeur » dans le cas 89. On peut également détailler l'exemple du cas 103, où la pathologie décrite est mise sur le compte d'une « affection

particulière de l'âme » : ce cas fait le récit d'une dispute entre deux frères, où le cadet est profondément affecté par les propos de son aîné, et s'en trouve « *navré de douleur* ». Des symptômes d'hydrophobie, qui est habituellement associée à la rage, se déclarent dans les suites de cet épisode, et l'événement se voit affirmé comme la cause de cette rage « *spontanée* ». Le cas 104 fait état d'un récit similaire, où la passion amoureuse contrariée d'un jeune homme et la dispute entre les amants est établie comme la cause de son « hydrophobie spontanée ». Cette réflexion sur les passions de l'âme qui déclenchent des maladies répond tout à fait à la théorie animiste d'Ernst Stahl que nous avons détaillé en première partie.

Les autres facteurs déclenchants retrouvés à la lecture des cas sont : une morsure (53%, n=17), et l'administration d'un traitement (6%, n=2).

Symptomatologie

Le nombre d'occurrence de chaque symptôme a été relevé à partir d'une liste pré-établie selon les thèses précédentes du projet REMEDE. Nous avons dénombré 773 symptômes, ce qui représente une moyenne de 7,3 symptômes par cas. Ce chiffre est le plus élevé parmi les différentes sources étudiées dans le projet REMEDE, avec une moyenne de 2,2 symptômes par cas dans l'échantillon des monographies étudiées par Jeanne Lesconnec, et 2,9 symptômes par cas dans l'échantillon de cas issus des périodiques étudiés par Marion Escobar. Cela semble indiquer que les « observations » issues des archives de la Société Royale de Médecine sont les plus détaillées.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont la douleur (11,9% des symptômes, dans 87% des cas, n=92), un déficit moteur (4,3% des symptômes, dans 31% des cas, n=33), une asthénie (3,6% des symptômes, dans 26% des cas, n=28), des vomissements (3,1% des symptômes, dans 22,6% des cas, n=24), une plaie (2,8% des cas, dans 21% des cas, n=22), des convulsions (2,7% des symptômes, dans 19,8% des cas, n=21), un malaise (2,2% des symptômes, dans 16% des cas, n=17), des troubles de la marche (2,1% des symptômes, dans 15% des cas, n=16), de la fièvre (2,1% des symptômes, dans 15% des cas, n=16), des sueurs (2,1% des symptômes, dans 15% des cas, n=16), une dyspnée (1,8% des symptômes, dans 13% des cas, n=14), une diarrhée (1,7% des symptômes, dans 12% des cas, n=13), une agitation (1,7% des symptômes, dans 12% des cas, n=13), une tristesse (1,7% des symptômes, dans 12% des cas, n=13).

L'ensemble des symptômes relevés et leur occurrence, avec les pourcentages du nombre de symptômes et du nombre de cas où ils sont mentionnés, est présenté dans la figure 3 en annexe.

2.2.5 Prise en charge

Remèdes

Un traitement a été administré dans 94% des cas cliniques étudiés (n=100). Pour 6 cas, aucun traitement n'est administré ou suggéré. Pour les cas 92, 93 et 101, il s'agit de récits de l'histoire de la maladie faits avant la réalisation d'une autopsie. Dans les cas 103 et 104 déjà mentionnés, qui font le récit de symptômes d'hydrophobie survenue suite à des « passions de l'âme », aucun traitement n'est également administré, fidèle à la théorie animiste de Stahl qui recommandait de n'utiliser que peu de médicaments et de laisser faire la nature.

À la lecture des cas, 460 traitements différents ont été identifiés, ce qui correspond à une moyenne de 4,3 traitements par cas. La liste exhaustive est fournie en annexe (figure 8). Dans 5% des traitements (n=24), il s'agissait d'un traitement chirurgical, parmi lesquels on peut noter l'utilisation fréquente du cautère (30% des traitements chirurgicaux, n=7). Parmi les traitements non médicamenteux, on peut également citer le voyage, recommandé à une jeune patiente à la symptomatologie variée (épistaxis, angine, toux, tristesse), dans le cas numéro 85.

Par ailleurs, 6% (n=27) de l'ensemble des traitements prescrits sont des régimes alimentaires, et l'on trouve la prescription d'un régime alimentaire dans 12% des « observations » (n=13). Cela semble comparable à l'utilisation des régimes alimentaires dans les cas issues des périodiques étudiés par Marion Escobar, où un régime alimentaire était proposé dans 19% des cas (différence non significative, $p=0,317$), mais bien inférieur à leur utilisation dans les monographies publiées étudiées par Jeanne Lesconnec, qui en faisaient mention dans 61% des cas (différence fortement significative, $p<0,001$).

Ainsi, 84% (n=386) des traitements prescrits sont des traitements médicaux. Parmi les traitements dits médicaux mais qui ne relèvent pas d'un médicament au sens où on l'entendrait aujourd'hui, il faut citer l'usage de l'électricité dans 36% (n=38) des « observations » étudiées,

soit 10% de l'ensemble des traitements administrés, et l'usage de l'aimant, utilisé dans 14% (n=15) des « observations », et représentant 4% (n=15) des traitements administrés. Cela reflète les particularités de la source étudiée : la Société Royale de Médecine animait une forme de recherche autour de l'efficacité de ces deux thérapeutiques. La découverte de l'électricité et de l'électromagnétisme étant relativement récente pour l'époque, et leurs manifestations encore mal comprises, ces deux phénomènes interrogeaient les savants du XVIII^e siècle. La façon dont les médecins se sont emparés de ces découvertes pour les utiliser à des fins thérapeutiques est peu connue des historiens, mais a fait l'objet d'un ouvrage par François Zanetti, *L'électricité médicale dans la France des Lumières*⁷⁸. Sans détailler le caractère technique des dispositifs complexes visant à accumuler le « fluide électrique » et à l'administrer, il y explique qu'elle était utilisée de façon répétée sous forme de bains électriques, d'étincelles électriques, ou par commotion. Les intensités administrées n'étaient bien sûr pas comparables à ce que l'on peut envisager de nos jours.

Une fois mis de côté les traitements non médicaux, les régimes, les aimants et l'électricité, nous avons cherché à appréhender de façon pertinente les 333 traitements restants, qui représentent la majorité des thérapeutiques. Pour les comprendre, il nous a paru nécessaire d'individualiser chacun des termes utilisés pour décrire ces remèdes, qui sont souvent obscurs, presque poétiques, pour le regard moderne. On peut citer ici pour exemple :

- pillule de gomme de gayac, assa foetida, extrait cathartique, extrait de jalap et aquila alba (cas 6)
- bol apéritif avec athiops martial, gomme d'ammoniac et savon (cas 6)
- compresse trempée dans l'eau de mélisse spiritueuse (cas 13)
- infusion de cantharides dans l'eau de vie (cas 18)
- décoction d'orge avec une tête de pavots et sirop de nymphaea (cas 24)
- lavement avec un électuaire lénitif (cas 24)
- apozème fait avec la chicorée, le cerfeuil et le sel de duobus (cas 24)
- fomentations avec décoction de sauge et de quinquina dans le vin (cas 24)
- julep sudorifique cordial composé des eaux distillées de chardon béni, fleurs de sureau, et fleurs d'orange, diaphorétique minéral, esprit de sel d'ammoniac, teinture de castoreum, sirop d'oeillet (cas 33)
- teinture d'opium avec vinaigre de saturne, en embrocation sur la gorge (cas 56)

78 Zanetti F., *L'Électricité médicale dans la France des Lumières*, Oxford University, 2017

- antispasmodiques métalliques avec fleurs de zinc, cuivre ammoniacal et musc (cas 58)
- fomentations astringentes, anodines, styptiques (cas 76)
- plumaceaux de charpie dans une décoction de fleurs de millepertuis animée d'un peu d'eau de vie camphrée (cas 95)
- solution de sublimé corrosif (cas 100)
- alkali volatil étendu dans l'eau (cas 105)
- tisane mucilagineuse et adoucissante (cas 108)
- purge avec manne, casse en bâton, sel végétal dans une décoction de grains d'ipécacuanha concassé (cas 109)

Un lexique, fruit de ces recherches, est disponible en annexe⁷⁹. Pour l'exemple « *bol apéritif avec athiops martial, gomme d'ammoniac et savon* », on comprend ainsi que le « bol » est un médicament mou, consistant, de l'équivalent d'une petite bouchée qui se prend par la bouche, qu'un médicament « apéritif » est un traitement qui vise à améliorer la circulation des humeurs dans l'organisme et à assouplir les fibres, et que l'ensemble du remède est constitué d'un mélange d'oxyde de fer, d'ammoniac et de savon, et qu'il s'agit donc là d'un remède chimique. Les remèdes ont ainsi été répartis selon 3 variables : les substances utilisées, l'effet recherché, et la voie d'administration ou galénique. De cette façon, 102 substances différentes ont pu être identifiées, 34 effets différents recherchés par les traitements, et 33 voies d'administration différentes.

Parmi les substances utilisées, on retrouve en grande majorité le mercure avec 8,4% (n=28) des remèdes qui en comportent. On le trouve parfois sous les formes « aquila alba », « turbith minéral », « sublimé corrosif » ou « cinnabre ». Parmi les 106 « observations » étudiées, 18% (n=19) comportent au moins une utilisation du mercure. Les eaux sont également souvent proposées, avec 13% des « observations » qui en font l'usage (elles représentent 6,3% de l'ensemble des remèdes administrés, n=21). Il faut également citer le lait, dont le caractère thérapeutique au XVIII^e siècle a été développé par Jeanne Lesconnec dans sa thèse, car fréquemment retrouvé dans les cas cliniques des monographies étudiées. Dans notre échantillon d'« observations », 8% (n=9) des cas en font usage au moins une fois, et il représente 3,9%

⁷⁹ Les recherches lexicales ont été faites à partir de dictionnaires dont la publication ou l'usage étaient contemporains de la Société Royale et des observations étudiées : *l'Encyclopédie Méthodique de Médecine Par Une Société De Médecins*. par Vicq D'Azyr F., volumes couvrant les années 1787 à 1798 / le *Dictionnaire universel de médecine... traduit de l'anglais par Mrs Diderot, Eidous et Toussaint*. Par James R. 1746 / le *Dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chymie, d'histoire naturelle, de botanique et de physique...* par Lavoisien J-F. 1793.

(n=13) de l'ensemble des remèdes rapportés. L'opium est également une substance utilisée à plusieurs reprises : 6% (n=19) des remèdes administrés sont à base d'opium, et 5% (n=5) de l'ensemble des « observations » étudiées comportent au moins une utilisation de l'opium. Les autres substances les plus fréquemment retrouvées sont le sel (3,9% des remèdes, n= 13), l'ammoniac (3,6% des remèdes, n=12), l'huile (3,6%, n=12), les cantharides, qui sont une espèce d'insectes coléoptères (3,6%, n=12), le musc (3%, n=10), le nitre (3%, n=10) et le camphre (2,4%, n=8). La liste exhaustive des substances identifiées dans l'échantillon est fournie en annexe (figure 5).

Concernant les effets recherchés lors de l'administration des remèdes, les traitements les plus fréquemment utilisés sont les traitement purgatifs (8,7% des remèdes, 7,5% de l'ensemble des traitements administrés, n=29). Ainsi 23% (n=24) des « observations » font l'usage d'un purgatif. Au XVIII^e siècle, ce terme fait en général référence à un traitement visant à faire évacuer des selles.⁸⁰ Les autres effets recherchés dans les « observations » étudiées sont variées, on peut mentionner parmi les plus fréquents les adoucissants (2,4% des remèdes, n=8), les émoullients (2,4%, n=8), et les vésicatoires (2,4%, n=8). L'ensemble des termes employés pour les effets recherchés et leur occurrence est fourni en annexe (figure 6).

Concernant la voie d'administration, le remède le plus fréquemment utilisé est le lavement (9% des remèdes, n=30). Ainsi 19% (n=20) des « observations » en mentionnent l'usage. Il faut ici préciser que le lavement au XVIII^e siècle est bien utilisé pour administrer des remèdes, et non pas uniquement pour évacuer le tube digestif. L'usage évacuant existe, mais n'est pas le principal. En voici pour preuve la définition dans le *Dictionnaire universel de médecine* par Robert James, traduit et publié en France en 1746 :

« Lavement : remède liquide que l'on injecte par l'anus, pour la cure de différentes maladies auxquelles le corps humain est sujet. Les lavements sont d'usage, premièrement, dans le cas d'une constipation opiniâtre ; secondement, pour apaiser les douleurs qui naissent de la colique, du calcul, de la dysenterie, des hémorrhoides, et des autres maladies du bas ventre ; troisièmement pour faire une révulsion de la tête dans la léthargie, l'apoplexie, le délire, la phrénésie, et les autres maladies de la tête ; quatrièmement pour hâter l'accouchement, soit que le fœtus soit mort ou vivant, surtout si la mère est constipée, pour évacuer les voidanges quand elles adhèrent trop fortement à la matrice, ou qu'elles sont trop longtemps à sortir ;

80 Dans le *Dictionnaire portatif* de Lavoisien : « ce mot prend en général toutes sortes de remèdes qui évacuent les humeurs par les différentes voies des sécrétions[...]. Mais on entend le plus souvent et plus particulièrement par ce terme, ceux qui les font sortir par les selles. » (Voir Lexique)

cinquièmement, les lavements ne contribuent pas peu à la nourriture de ceux, qui en conséquences d'une déglutition affaiblie, ou totalement détruite, ne mangent que très peu, ou point du tout. On peut employer pour cet effet, des liqueurs nourrissantes, telles que le bouillon de viande, le lait, ou la bière douce, les tisanes d'orge et d'avoine. »⁸¹

Le lavement est donc considéré comme très polyvalent pour un médecin du XVIII^e siècle, ce qui explique sa fréquence d'utilisation. Il se fait d'ailleurs à partir de substances variées. C'est pourquoi, au risque d'un anachronisme, il est ici assimilé à une voie d'administration, puisqu'on peut faire l'analogie avec un traitement qui serait administré par voie rectale. La saignée est également très utilisée au sein de l'échantillon étudiée : 18% (n=19) des « observations » en rapportent au moins un usage, et les saignées représentent 6% (n=20) de l'ensemble des remèdes prescrits. Les bains ont également une place importante dans cet arsenal thérapeutique. De même que pour le lavement, on peut ajouter au bain des substances pour en diversifier les effets. D'ailleurs dans la définition du bain fournie en annexe, issue de *l'Encyclopédie Méthodique*, il est considéré comme un « médicament externe ». Parmi les « observations » étudiées, 18% (n=19) en font usage. Les bains représentent 7,5% (n=25) de l'ensemble des remèdes administrés. Les autres galéniques les plus fréquemment utilisées sont la friction (5,7% des remèdes, n=19), le bol (5,7% des remèdes, n=19), la boisson (5,1%, n=17), et la décoction (4,2%, n=14). La liste exhaustive des galéniques et voies d'administration utilisées dans les cas cliniques étudiées est fournie en annexe (figure 7).

Il est intéressant de noter qu'avec 20 saignées administrées et 29 traitements purgatifs prescrits au sein de l'échantillon étudié, ces deux remèdes représentent à eux seuls 11% des tous les traitements prescrits, et 15% des seuls remèdes médicaux. Si on l'en prend également en compte les traitements sudorifiques (0,9%, n=3), suppuratifs (0,6%, n=2), vésicatoires (2,4%, n=8), maturatifs (0,3%, n=1) et vomitifs (1,2%, n=4), on compte ainsi 20% de remèdes visant à évacuer quelque chose. Ainsi, bien que la théorie des humeurs de Galien soit de moins en moins adoptée au XVIII^e siècle, la conception de la thérapeutique comme un moyen d'évacuer quelque chose semble persister dans les usages.

Posologie

Concernant les traitements médicaux, la posologie est précisée dans seulement 34% des

81 *Dictionnaire universel de médecine... traduit de l'anglais par Mrs Diderot, Eidous et Toussaint*. Par James R., 1746

cas (n=131). Pour les traitements par aimant, par électricité ou par bains, il a été considéré que la posologie était précisée lorsque le narrateur fait mention du nombre de séances, de leur durée et de leur fréquence d'administration.

Issue

La guérison est l'issue finale du récit dans 30% des cas (n=32), et le décès dans 32% des cas (n=34). Dans les autres « observations », l'évolution de la maladie montrait un état stable (11%, n=12), ou une guérison avec séquelles (21%, n=22). L'issue reste inconnue dans quelques cas (7%, n=6).

Le nombre de cas où l'issue est le décès du patient est plus élevée dans notre échantillon que dans l'échantillon issu des monographies étudiées par Jeanne Lesconnec, qui faisait mention d'un décès dans seulement 3% des cas (différence significative, $p < 0,001$). En revanche, cette proportion est similaire à celle observée dans les cas issus des périodiques étudiés par Marion Escobar, où 23% des cas aboutissaient à un décès (différence non significative, $p = 0,274$). Ces chiffres nous suggèrent que les auteurs de la Société Royale de médecine faisait preuve d'une certaine honnêteté intellectuelle, et rapportaient les cas d'échecs comme les cas de succès, l'objectif admis avec la compilation de ces « observations » étant de proposer des thérapeutiques efficaces éprouvées.

Autopsie

Parmi les 34 cas où l'issue est le décès du patient, une autopsie est rapportée dans la majorité des récits (56%, n=19).

Examen physique

Pour répondre aux objectifs propres à cette thèse, des indices qu'un examen clinique a été mené ont été recherchés lors de la lecture des « observations ». De tels indices ont été retrouvés dans 33% des cas (n=35). Ces indices trouvés dans le récit prennent la forme d'expression comme : « *je tâtai le malade et ne rencontrai aucune dureté sensible* » (cas 6), « *en touchant le ventre, je sentis des matières dures contenues dans l'arc du colon* » (cas 9), « *j'examinai les jambes de la malade, que je trouvai œdémateuses et d'une bouffissure qui conservait l'impression*

du doigt » (cas 10), « ayant touché et examiné la malade » (cas 27), « l'examen que nous fîmes » (cas 39), « j'examinai l'enfant » (cas 45), « une loupe molle au toucher » (cas 74), « la tumeur s'effaçait à la compression » (cas 76), « l'ayant examiné avec soin » (cas 91), « j'examinai la bouche » puis « appliquant ma main sur son ventre » (cas 105), « ventre souple et point douloureux » (cas 107), « j'examinai l'état du gosier » (cas 113). D'autres indices sont la mention d'une peau froide ou chaude, ou d'une sécheresse cutanée, qui montrent au moins que le médecin a touché le malade, sinon l'a déshabillé. La prise du pouls est également fréquente (19%, n=20).

Dans les 67% de cas (n=71) où aucun indice n'a été retrouvé, on ne peut pour autant conclure qu'aucun examen n'a été mené. Aucune extrapolation n'a été faite à partir des symptômes décrits. De plus, 61% de ces cas (n=43) sont des « observations » ayant pour objet les thérapies par l'électricité ou l'aimant, où le patient est en général adressé spécifiquement par un confrère pour réaliser les séances d'électricité ou d'aimant, sans qu'il soit possible d'évaluer si le médecin adresseur a réalisé un examen physique ou non.

Troisième partie : Discussion

1. Projet REMEDE

1.1 Contribution à l'élaboration d'un corpus de cas cliniques

Cette thèse est la troisième thèse issue du projet REMEDE. Le premier objectif de ce projet est de constituer un corpus de cas cliniques qui soit représentatif des pratiques médicales du XVIII^e siècle, afin de pouvoir analyser et interroger ce corpus sous différents aspects.

La première étude menée par Marion Escobar, concernant les journaux médicaux périodiques, avait conclu que les genres littéraires les plus pertinents pour mener à bien cet objectif étaient les « Observations », les « Histoires » et les « Lettres ». Elle soulevait le fait que les nombreux détails concernant les thérapeutiques administrées, et la mention quasiment systématique du devenir du patient qui caractérisaient ces genres littéraires étaient fondamentaux pour construire un corpus pertinent. La deuxième étude menée par Jeanne Lesconnec, concernant les monographies publiées, confirmait ces résultats, et mentionnait également le genre « Mémoire-Consultation » pour le détail des pratiques. Le genre « Observation » semblait rester le plus utile pour connaître l'issue des récits. Le genre « Consultation » simple semblait par ailleurs peu utile, car manquant de précision, et ne mentionnant jamais le devenir du malade. Jeanne Lesconnec signalait également l'existence de cas rapportés, où des médecins universitaires faisaient le récit de situations dont ils n'avaient pas été témoins. Ces cas étaient d'une part pauvres en détails, mais posaient également la question de leur fiabilité dans le cadre de notre étude. Une caractéristique importante des cas à choisir pour l'élaboration du corpus, devenait alors la présence du médecin-auteur au chevet de son patient. Par ailleurs, les cas cliniques étudiés par Jeanne Lesconnec étaient souvent rédigés par des médecins universitaires. En questionnant la démarche intellectuelle qui motivait leur publication, elle constatait que ces cas se portaient souvent loin du malade, et le raisonnement médical y était plus empreint de dogmatisme que dans les cas rédigés par des médecins « ordinaires ». Par ailleurs, la période étudiée par Jeanne Lesconnec était celle du début du XVIII^e siècle, de 1714 à 1754, et la période étudiée par Marion Escobar était la deuxième partie du XVIII^e siècle, de 1743 à 1793.

Les résultats proposés dans cette thèse confirment la pertinence d'utiliser les « observations » comme support pour étudier les pratiques du XVIII^e siècle. Les cas cliniques de

cette étude, qui sont tous des « observations », répondent aux critères dégagés par les études précédentes que nous venons d'énoncer : on connaît l'issue du récit dans 94% des cas, et le narrateur est le médecin à l'origine de la prise en charge dans 58% des cas. De plus, la comparaison des variables avec l'échantillon de cas cliniques issu des périodiques médicaux, principalement composé d'« observations », nous montre que ceux de la Société Royale leur sont relativement similaires dans leurs caractéristiques, si l'on exclue la mention du métier du patient qui est beaucoup plus fréquente dans notre échantillon. Par ailleurs, les cas exposent en moyenne 7,3 symptômes et 4,3 traitements détaillés, ce qui en fait les cas les plus riches étudiés jusqu'à présent dans le cadre du projet REMEDE.

De plus, lorsqu'on s'intéresse au contexte historique autour de la Société Royale de Médecine, on peut alléguer que les médecins à l'origine des textes étudiés ne sont pas des universitaires dogmatiques comme dans nombre de cas cliniques étudiés par Jeanne Lesconnec. La Société se positionne au contraire comme une assemblée innovante, loin des dogmes, et plus attachée à faire avancer la connaissance collectivement qu'à défendre de vieilles chapelles. À la lecture des cas, on perçoit d'ailleurs la rigueur à rendre les faits le plus objectivement possible et à ne pas les interpréter. Si les « observations » sont parfois le lieu de rappels théoriques pour certaines pathologies, ceux-ci se font en exergue ou en annexe et n'interfèrent pas avec le récit. Parfois, le médecin-auteur lui-même s'en explique. Ainsi dans le cas 34, après avoir fait le récit détaillé des symptômes du malade, du traitement administré, puis de l'évolution des symptômes, le médecin conclue : « *Je me borne à le rapporter sans prétendre en assigner la cause.* ». De même dans le cas 40, la conclusion est celle-ci : « *Mon intention n'est pas de porter un jugement qui appartient à mes confrères en général, et qu'eux seuls ont le droit de rendre.* ». On peut citer également le cas 31, où l'auteur écrit : « *Je me contente du récit simple du fait, sans qu'il me fournisse le moyen de reconnaître la nature de la paralysie et d'en déterminer l'espèce.* »

Ainsi, la démarche intellectuelle qui justifie l'écriture des cas cliniques, et l'intention qui se cache derrière leurs publications semblent des données importantes pour le projet REMEDE. Les cas cliniques dont le médecin-auteur lui-même cherche l'objectivité, sont plus précieuses que celle où il cherche à démontrer quelque chose. C'est une garantie d'être au plus proche de la réalité des pratiques de soin au XVIII^e siècle. Il faudra en tenir compte pour identifier de nouvelles sources de cas cliniques.

1.2 Perspectives

Une particularité des textes étudiés dans cette thèse est la période concernée, de 1779 à 1790. Contrairement aux thèses précédentes du projet REMEDE, nous avons étudié ici des textes qui se concentrent sur une courte période, à la fin du XVIII^e siècle. D'une part, cela permet une grande homogénéité au sein du corpus. Mais d'autre part, à la fin du siècle, les évolutions dans la pensée médicale sont en quelque sorte assimilées, juste avant l'émergence de la médecine moderne. De plus, on peut supposer que par sa nature, évoquée en première partie, la Société Royale de Médecine est plutôt en avance sur les idées et les pratiques. Les différences de résultats entre les trois études du projet REMEDE ne sont interprétables qu'à la lumière de ces informations. Ainsi, si l'on souhaite construire un corpus représentatif de la médecine du XVIII^e siècle, il faudra s'interroger sur la médecine que l'on souhaite représenter. La médecine racontée à la fin du siècle par un médecin avant-gardiste n'est probablement pas la même que la médecine pratiquée par un médecin de campagne isolé au début du siècle. D'ailleurs, le principe même de la publication constitue un biais pour évaluer les pratiques. Nous ne pouvons travailler que sur ce qui est parvenu jusqu'à nous, et une grande partie du quotidien des médecins au XVIII^e siècle nous est encore inconnue. Dans son travail, Jeanne Lesconnec soulevait la difficulté à travailler sur des manuscrits souvent difficilement déchiffrables. Pourtant, il faudra envisager ce type de source pour s'affranchir du biais de publication. La diversité qui existe au sein même du siècle nous oblige à nous intéresser au contexte qui encadre chaque cas, et à définir dans quel cadre nous souhaitons travailler.

En ce qui concerne la Société Royale de Médecine, elle n'a peut-être pas encore livré tous ses cas cliniques. En effet, ses archives n'ont été étudiées ici que par l'intermédiaire de la partie publiée à l'époque dans l'ouvrage *Histoire de la Société royale de médecine... Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*. L'ensemble des archives de la Société n'est à ce jour pas numérisée : elles sont conservées à la bibliothèque de l'Académie Nationale de Médecine. À la simple lecture des titres issus de l'inventaire des cartons réalisé en 2010 et disponibles en ligne⁸², il n'est pas possible d'affirmer que les « observations » issues de l'ouvrage publié sont superposables à celles disponibles dans les cartons. Nous savons à quel point la correspondance entre la Société et ses correspondants fut riche, il pourrait donc s'agir là d'une nouvelle source, qui répondrait à la nécessité de se dégager du biais de publication.

⁸² <http://bibliotheque.academie-medecine.fr/static/SRM/>

Fidèle à l'esprit du projet REMEDE, nous avons souhaité maintenir dans cette thèse un parallèle permanent entre les récits de cas étudiés et ce que nous savons sur la pensée médicale du XVIII^e siècle et son évolution. C'est dans cette optique que de nouvelles variables ont été ajoutées pour la lecture analytique : présence d'indices témoignant de l'existence d'un examen clinique, réalisation d'une autopsie, localisation géographique précisée dans le cas. La variable « narration » a également été ajoutée pour répondre à l'interrogation soulevée dans la thèse de Jeanne Lesconnec concernant les récits rapportés. L'analyse de ces variables ayant permis d'apporter des résultats nouveaux, il serait intéressant qu'elles soient intégrées aux variables générales lors de thèses ultérieures. Le travail en cours de Marie Torcat, ayant pour support les ouvrages de la bibliothèque universitaire historique de Montpellier, en tient déjà compte.

1.3 Évaluation des pratiques médicales du XVIII^e siècle : la thérapeutique

Il nous semble important de rappeler ici l'objectif final du projet REMEDE, qui est d'évaluer les pratiques médicales du XVIII^e siècle. L'évaluation de la capacité diagnostique des médecins des Lumières passera par l'utilisation du corpus numérique lorsque celui-ci sera constitué, afin de soumettre les cas au regard de médecins d'aujourd'hui. En ce qui concerne les thérapeutiques, le travail bibliographique de défrichage accompli dans les trois premières thèses du projet nous semble déjà constituer une somme de données qu'il serait intéressant d'interroger par le biais d'autres travaux, en particulier en pharmacie. Dans ce travail, nous avons souhaité traiter avec rigueur tous les traitements identifiés. Ces listes de remèdes sont des données précieuses : il serait intéressant d'en faire une étude pharmacologique, pour identifier quels seraient les effets attendus de chaque remède, en comparaison avec l'indication posée par le médecin qui l'emploie, et comparer ces effets attendus avec l'évolution de la maladie rapportée dans le récit, une fois le traitement administré. Jeanne Lesconnec citait dans son travail les exemples connus d'utilisation pertinente de l'opium à visée sédative, du quinquina pour la fièvre, mais aussi des cloportes et écrevisses riches en calcium et neutralisant l'acidité de l'estomac. D'autres associations judicieuses sont probablement en sommeil dans ces listes de remèdes, et il serait remarquable de les mettre à jour. Sans prétendre démontrer qu'une rationalité était déjà à l'œuvre dans l'utilisation de tels remèdes, l'empirisme intuitif dont elle témoigne nous renseignerait sur l'usage persistant de certains remèdes étonnants pour un regard contemporain. Jeanne Lesconnec avait également amorcé un travail bibliographique concernant l'usage du lait comme thérapeutique majeure au XVIII^e siècle (on retrouve son usage en proportion moindre dans notre échantillon, avec 8% des cas qui en rapportent l'usage). Il serait intéressant de

poursuivre un tel travail critique sur l'ensemble des thérapeutiques majoritaires dans les textes étudiés. La forte différence dans l'usage des régimes alimentaires entre l'échantillon issu des monographies du début du XVIII^e siècle et les échantillon d'« observations » qui sont plus tardives, pourrait également faire l'objet d'une analyse critique quant à l'évolution de cet usage au cours du siècle. Cette différence est bien sûr à rapporter au contexte de publication des sources dont sont issus ces échantillons.

Par ailleurs, à la lecture des cas, certains indices suggèrent que des idées modernes sont déjà en germe autour des thérapeutiques employées. C'est par exemple le cas de la iatrogénie. Dans son travail, Jeanne Lesconnec proposait quelques exemples de cas où ce problème était évoqué. On en trouve d'autres dans les « observations » de notre échantillon. Dans le cas 76, qu'on peut lire en annexe, le médecin-auteur critique l'usage d'un traitement au long cours, comme étant une « *cause préparatoire ou prédisposante* » à la pathologie que présente le patient, en l'occurrence un anévrisme sus-claviculaire. L'auteur y mentionne en effet qu'une « *solution de mercure cru dans l'esprit de nitre dulcifié avec l'esprit de vin, et réduit en sirop avec la cassonade* » est un remède susceptible de « *disposer les fibres aux spasmes et aux convulsions* », et aurait « *disposé les parois de l'artère à la dilatation* ». Dans le cas 78, l'auteur déplore que le traitement administré pour soulager des douleurs des reins, « *un long usage des bains d'eau tiède et de boissons délayantes* » ait eu « *des effets contraires* » aux effets recherchés. Dans quelques cas, on trouve également mention de ce qui pourrait s'apparenter à un effet placebo. Dans le cas 43 par exemple, après l'amélioration spectaculaire des symptômes de paralysie après une séance d'électricité, le médecin-auteur conclue : « *Il est probable qu'un changement aussi subit était en partie causé par l'effet de l'imagination.* » Le concept d'une balance bénéfice-risque à peser avant toute décision de traitement émerge également à la lecture quelques cas. Dans le cas 38, face à un cas de paralysie, le médecin-auteur choisit de ne pas poursuivre les séances d'électricité débutées, devant les effets secondaires observés, précisant qu'il ne faut pas continuer dans ces conditions « *un traitement excessivement incertain* ». Dans le cas 63, pour la même thérapeutique, la balance bénéfice risque tombe en faveur du traitement :

« J'espérais peu de soulager le malade ; mais je ne vis pas de risque à me rendre aux instances d'un malheureux qui n'avait plus de ressource que de se retirer dans un hôpital pour y finir ses jours. »

On trouve d'ailleurs dans quelques cas la notion de traitements à visée palliative. Dans le

cas 76 déjà cité et fourni en annexe, le médecin mentionne l'usage de « *remèdes palliatifs qui ne firent que retarder la mort, et la rendre peut-être moins cruelle* ». Il n'en remet pas pour autant en cause l'intérêt. Dans le cas 75 également, le médecin ne prétend pas guérir, mais simplement « soulager » : « *dans les cas pour lesquels j'ai employé l'électricité, soulager est beaucoup ; parce que c'est ordinairement tout ce qu'on peut.* »

Cette critique des médecins vis-à-vis de leurs propres traitements est une donnée intéressante pour l'étude de l'évolution de la pensée médicale. De plus, on ne sait pas exactement quelle place prend la conception même de la thérapeutique dans cette évolution. Au cours des siècles, celle-ci progresse beaucoup moins vite que les connaissances théoriques, et c'est justement pour chercher de nouveaux traitements efficaces que la Société Royale de Médecine demande des observations. Les « observations » issues des recherches sur la rage (21% des cas de l'échantillon, n=22), sur l'aimant (14%, n=15) et sur l'électricité (36%, n=38) s'inscrivent dans ce cadre. Les médecins de la fin du XVIII^e siècle n'ont que trop conscience de leur manque d'efficacité. En témoigne cette remarque du médecin Mauduyt, auteur des « observations » sur l'usage de l'électricité, dans le cas 40 :

« Nous ne connaissons pas de vrais spécifiques, et la faible et souffrante humanité n'a jusqu'à présent que des remèdes souvent insuffisants à opposer aux calamités qui l'accablent. C'est un motif de chercher à lui offrir des secours plus certains. »

Il est trop tôt pour ces médecins du XVIII^e siècle finissant : cette recherche de traitements « spécifiques » ne pourra être accomplie que lorsque les phénomènes organiques de la pathologie seront mieux compris, que la chimie aura progressé, avec la pharmacologie. Mais il serait intéressant, et cela pourrait faire l'objet d'une thèse en pharmacie par exemple, de poursuivre l'analyse des différents traitements identifiés dans les études du projet REMEDE, pour mieux comprendre le regard que portaient les médecins sur les thérapeutiques qu'ils employaient, à la lumière des idées nouvelles sur la conception des maladies.

La place qu'a pris l'électricité et l'électromagnétisme dans les thérapeutiques de l'époque mériterait en particulier d'être étudiée plus en profondeur, car on peut l'envisager comme une nouvelle façon de penser le soin, qui intègre la technique, le suivi au long cours, et la recherche d'une indication précise pour traiter. Avec les autres remèdes décrits dans ce travail, on peut également se demander si la notion de principe actif associé à un traitement était en sommeil à la

fin du XVIII^e siècle. L'usage fréquent de remèdes cherchant à évacuer quelque chose nous invite également à réfléchir sur le concept d'« évacuation » d'un principe pathologique, indépendamment de la théorie des humeurs, puisqu'il s'agit d'un champ lexical que l'on retrouve encore aujourd'hui dans des pratiques de santé promouvant le bien-être, comme l'« élimination » ou le « drainage de toxines ». C'est dans cette optique que nous avons réparti les différents remèdes identifiés dans ces cas selon les trois variables « substance », « effet recherché », « galénique ou voie d'administration », au risque d'un anachronisme. Les recherches bibliographiques menées par Marion Escobar dans son travail de thèse n'ayant trouvé que peu d'ouvrages consacrés spécifiquement aux thérapeutiques du XVIII^e siècle, nous espérons que ces données pourront être regardées de façon critique, et participer à des études ultérieures dans le cadre du projet REMEDE.

2. Un glissement dans la pensée médicale

2.1 Interrogatoire et suivi : la maladie envisagée comme un processus évolutif

Comme nous l'avons détaillé en première partie, le XVIII^e siècle est le siècle d'un basculement progressif des anciennes théories médicales vers les fondements de la médecine moderne. En abandonnant peu à peu l'idée que la maladie est due à un déséquilibre d'humeurs, grâce aux progrès de la physiologie et de l'anatomie pathologique, et à l'émergence de la philosophie vitaliste, la conception de la maladie comme un processus évolutif devient possible. À la lumière des idées nouvelles, les médecins peuvent ainsi envisager des facteurs aggravant ou empêchant l'évolution du processus pathologique, et penser les thérapeutiques comme des facteurs prenant part à ce processus. Des indices de ces changements de concepts sont souvent retrouvés à la lecture des « observations » étudiées dans cette thèse.

D'une part, il est frappant de constater que dans tous les cas où le récit concerne une pathologie chronique (59% des cas de l'échantillon, n=63), le médecin-auteur s'attache à en raconter les débuts depuis les premiers symptômes : cela témoigne de l'idée que la maladie a une histoire. On peut citer pour exemple le cas 50, fourni en annexe. Dans ce récit, avant de détailler ce qu'il observe, puis sa prise en charge et l'évolution ultérieure, le médecin-auteur écrit ceci :

« Il y avait neuf mois que M. Bouclon avait été pris d'une attaque de rhumatisme goutteux ; il avait paru des nodus en différentes articulations ; il y avait eu gonflements aux deux

genoux, et des douleurs fort vives en différentes parties du corps. Une tisane sudorifique et un long usage de la résine de gaiac dissoute dans le tafia, avaient procuré du soulagement ».

Le cas 30 présente une narration similaire. Après avoir décrit les symptômes observés chez son patient, en l'occurrence une paralysie faciale, le médecin précise :

« L'accident que je viens de décrire avait lieu depuis un mois ; il s'était fait sentir subitement pendant la nuit, sans avoir été précédé d'aucun symptôme, sinon quelques lassitudes spontanées la veille. Le jour même de l'attaque on appliqua des vésicatoires ; ils tirèrent beaucoup, et procurèrent du soulagement ; car tous les accidents dont j'ai parlé avaient été encore plus grave dans l'origine. Le troisième jour de la maladie, M. Prévost eut un vomissement spontané et abondant : il évacua par cette voie beaucoup de pituite. Il ne portait plus de vésicatoires lorsque je le vis ; il faisait usage pour tout remède de frictions sèches et de tabac mêlé d'un peu de poudre de muguet. »

Ces exposés se rapprochent de l'interrogatoire qu'effectue un médecin aujourd'hui lorsqu'il s'agit d'aborder l'histoire de la maladie, ou anamnèse : début des symptômes, contexte de survenue, évolution éventuelle, traitements essayés, etc. D'ailleurs, la présence de ces informations au sein du récit peut être regardée comme la preuve que l'interrogatoire du patient a bien été mené. Dans certains cas, on en trouve la trace explicite. On peut citer par exemple le cas 10, où le médecin intervient à la suite à un accouchement et écrit : *« je demandais s'il n'était rien arrivé d'extraordinaire pendant la grossesse. »* ; le cas 107, où le narrateur indique : *« après beaucoup de questions, je demandai depuis combien de temps il avait pris du bouillon »* ; ou le cas 41 avec la mention *« je l'interrogeai »*. Le cas 105, qu'on peut lire en annexe, fournit également un exemple touchant, où un médecin mène un interrogatoire pour rechercher une rage au vu des symptômes du patient, tout en veillant à ne pas l'alarmer : *« il le questionna de manière à ne lui donner aucune inquiétude »*. Les exemples similaires sont nombreux, et nous montrent qu'en cette fin de XVIII^e siècle, pour les médecins correspondants de la Société Royale de Médecine, l'interrogatoire du patient semble trouver pleinement sa place dans le raisonnement médical.

La compréhension du caractère évolutif de la pathologie se reconnaît ensuite dans la narration des cas : à la lecture, beaucoup de récits prennent des allures de journal, comme demandé dans la préface de l'ouvrage *Histoire et Mémoire* citée en première partie. Quelques exemples de cas les plus percutants sont fournis en annexe, par exemple le cas 105. Chaque

traitement administré, et chaque phénomène observé dans les suites de cette administration est détaillé. Dans le cas 24, l'authentique journal de la maladie tenu par le médecin-auteur est même restitué tel quel. Il s'agit du récit des suites d'une opération césarienne réalisée pour sauver la mère devant une présentation dystocique de l'enfant lors de l'accouchement. L'évolution de la plaie à l'endroit de l'ouverture cutanée, et les différents symptômes présentés par la patiente sont rapportées avec des entrées quotidiennes, ainsi que le détail des traitements administrés en fonction des symptômes présentés, et le régime alimentaire de la malade. Ce journal est tenu du « *mardi 7 septembre au matin* » au « *jeudi 24* », date à laquelle le médecin a « *cessé de tenir un journal de l'état de malade* ». Il continue tout de même d'en détailler l'évolution de manière moins rapprochée, jusqu'à ce que la malade « *jouisse de la meilleure santé* », le « *premier novembre* », soit deux mois plus tard. Dans quelques cas, le médecin demande au patient lui-même de tenir le journal de ses symptômes, comme dans le cas 31 où le journal est tenu par le père d'un jeune patient qui est pris en charge pour une paralysie de survenue brutale.

D'ailleurs, les exemples où les médecins suivent l'évolution de la maladie pendant plusieurs mois sont fréquents. Ils vont parfois jusqu'à prendre des nouvelles lorsque le patient a quitté la prise en charge, par exemple dans les cas 35, 67 et 95. Dans le cas 95 en particulier, à la suite de la prise en charge chirurgicale compliquée d'une hernie étranglée, le médecin-auteur raconte avoir rencontré à nouveau le patient trois ans plus tard, pour connaître son état. Cette implication des médecins auprès des malades, la place qu'ils donnent au patient pour raconter lui-même sa maladie, et l'intérêt porté à l'évolution de la maladie au long cours est une donnée nouvelle au sein des textes étudiés dans le cadre du projet REMEDE. Dans son étude, Jeanne Lesconnec précisait que les médecins ne demandaient des nouvelles de l'évolution des symptômes que dans 5% des cas étudiés. À l'inverse, dans les cas étudiés pour cette thèse, les seules situations où l'évolution du patient n'est pas suivie jusqu'à son terme sont celles où le patient lui-même abandonne la prise en charge (7%, n=6).

Concevoir la maladie comme un phénomène rationnel qui évolue au cours du temps permet également d'affermir la médecine de prévention et de suivi, notamment ce qu'on appelle aujourd'hui la prévention tertiaire, qui vise à éviter les complications d'une pathologie chronique, ou les récurrences. On trouve un bel exemple de cette idée déjà en germe au XVIII^e siècle au sein du cas 68. Après avoir fait le récit de la prise en charge par l'électricité d'un patient présentant une paralysie, le médecin-auteur suggère ceci :

« Un remède peut guérir un mal qui existe, sans remédier au vice d'organisation qui tend à reproduire le même mal. Il faut dans ce cas, pour prévenir le mal et le détruire sitôt qu'il se reproduit, recourir de temps en temps au remède dont l'usage a été salutaire. [...] On use de temps en temps de ces remèdes pour en entretenir l'effet et prévenir les rechutes. »

Ce médecin proposait avec cette idée des séances d'électricité en entretien pour des paralysies qui avaient été résolutes. Si le traitement conseillé n'est pas pertinent, l'idée soulevée est, elle, résolument moderne. D'ailleurs, on ne peut concevoir l'utilisation d'un traitement au long cours sans envisager l'observance des patients, et ce thème est souvent abordé dans les « observations ». Par exemple dans le cas 6, le médecin diagnostique une sténose du pylore chez un patient qui se plaint de douleurs épigastriques et de vomissements. Après administration d'un traitement (« des bains, le lait pour toute nourriture, un emplâtre fondant sur l'estomac [...] qui parurent le soulager »), le médecin écrit :

« Le malade n'avait plus de douleur à la poitrine ni au sternum, la fièvre n'existait plus, les forces revenaient, la sensation de pesanteur avait toujours lieu quoique moins forte, mais le régime exact que j'exigeai ennuya le malade. »

Il déplore par la suite l'abandon total du traitement, et la reprise de la pathologie. Des cas similaires se retrouvent dans le Mémoire sur l'électricité dont 38 cas de l'échantillon sont issus. Le médecin-auteur y a classé les cas cliniques, non pas en fonction de l'effet obtenu, réussite ou succès, mais en fonction de l'observance des patients, avec des sections intitulées « *Ceux qui ont suivi le traitement aussi longtemps que j'ai cru nécessaire de le continuer* », « *Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines* » et « *Ceux qui se sont retirés au bout de fort peu de temps* ». Le cas 95 déjà cité, montre également un exemple de médecin impliqué et fâché de la mauvaise observance de son patient vis-à-vis de la thérapeutique proposé. Dans ce cas de hernie inguinale, le traitement est d'ailleurs adapté :

« Je lui fis faire un bandage à pelotte (sic), qu'il porta quelque temps et dont il se lassa ensuite. Au mois d'août 1783, au lieu d'une hernie, il se plaignit d'en avoir deux, parce qu'il s'en était formé une du côté droit. Des accidents plus graves que ceux qu'il avait éprouvé encore, le forcèrent de m'engager à lui donner secours. Il perdit près de quarante-huit heures, n'osant pas convenir de son mal, parce que deux jours avant je l'en avais menacé, sachant qu'il ne portait pas son bandage. »

Un tel récit est assurément précieux pour témoigner de la relation complexe qui, au XVIII^e siècle, liait déjà les médecins investis à leurs patients. Ainsi, à l'inverse des textes étudiés par Jeanne Lesconnec dans les monographies publiées, le tableau que nous laissent voir les cas cliniques de la Société Royale de Médecine est celui de médecins réfléchis, impliqués auprès de leurs malades et de leur suivi, et désireux de comprendre les maladies dans toute leur complexité, de leur cause à leur issue. Cela relève de la démarche rationnelle qui différencie le médecin éclairé du charlatan, et que détaillent Jeanne Lesconnec et Marion Escobar dans leurs thèses.

Les « observations » traitant de la rage offrent également des exemples d'une véritable réflexion sur la maladie comme déroulement d'un processus. Il était connu au XVIII^e siècle que les symptômes de rage se déclenchaient à la suite d'une morsure par un animal enragé, après un laps de temps plus ou moins long. Ainsi, on trouve de nombreux cas où les traitements sont administrés au plus vite après la blessure, comme pour enrayer l'évolution de la maladie mortelle. Dans les « observations » étudiées, les traitements administrés contre la rage comportent souvent du mercure ou cherchent à évacuer une humeur, il est donc difficile de considérer aujourd'hui que ce sont des traitements adaptés, mais l'idée a du sens. Dans son commentaire du cas 114, le médecin-auteur signale d'ailleurs que le mercure administré après l'apparition des symptômes est inutile, qu'il est trop tard :

« Dès que l'hydrophobie est déclarée, le traitement mercuriel ne guérit point le malade. Les frictions, loin de le soulager, irritent le mal ; et l'hydrophobe périt communément en douze heures. [...] Les frictions, il est vrai, on parut le soulager. On l'a cru ainsi en suivant la maxime fautive post hoc ergo propter hoc. Dans le fait, il n'est arrivé qu'au manœuvre ce qui arrivent à beaucoup d'hydrophobes lorsqu'ils touchent à leur fin. Presque toujours le retour du calme, de la tranquillité, de la raison, et notamment la facilité plus ou moins grande à boire et à manger semble donner un espoir de guérison ; mais c'est précisément alors que le malade meurt. Les exemples sont si nombreux, qu'il ne serait pas possible de les rapporter tous. »

Par la locution latine *post hoc ergo propter hoc*, qu'on peut traduire par *après cela donc à cause de cela*, ce médecin en profite pour mettre en garde vis-à-vis du raisonnement fallacieux qui consiste à croire que si deux événements se suivent, ils sont forcément liés. Il s'agit là d'un écueil encore fréquemment constaté aujourd'hui, et que la recherche scientifique rigoureuse s'attache justement à infirmer.

Ce qui surprend d'ailleurs à la lecture des cas de notre échantillon, c'est la suspension de leur jugement qu'exercent les médecins-narrateurs. Dans les « observations » étudiées, comme nous l'avons déjà mentionné, il n'y a pas de grandes leçons. Ce sont les faits, avec leur chronologie, souvent sans affirmer de causalité. La conception de la maladie comme l'évolution d'un processus participe de cette démarche : cette idée nouvelle ne pouvant se rattacher aux anciens dogmes, il n'est pas toujours possible pour ces médecins de s'y référer. Il ne leur reste donc souvent qu'à observer, pour chercher à comprendre. D'autre part, ils remettent parfois à sa juste place la *natura medicatrix*, la nature qui soigne, puisqu'ils conçoivent que le processus évolutif de la maladie peut amener de lui-même le patient vers la guérison. On trouve un exemple de cette démarche dans le cas 26, où la dangereuse opération de la taille est remise à plus tard dans l'espoir que la nature apporte la guérison :

« Il fut décidé [...] qu'on remettrait l'extraction du calcul à un autre jour, et qu'on attendrait que les efforts salutaires de la nature préparassent sa sortie de la vessie. Le succès répondit aux espérances qu'on en avait ; la pierre qui se présentait à l'ouverture de la plaie fut tirée avec facilité deux jours après par le moyen des doigts. »

Un autre exemple est trouvé dans le cas 31, où le médecin administre des séances d'électricité à un enfant atteint de paralysie. Dans cette « observation », le traitement électrique vise à aider la nature, et le médecin-auteur écrit :

« Un enfant de huit ans, très fort, est frappé subitement par une cause extérieure : il est donc dans des circonstances les plus favorables pour espérer la guérison des efforts de la nature seule. Je ne prétends ni la leur enlever, ni l'attribuer à l'électricité ».

Tous ces indices relevés au fil de la lecture des cas cliniques de l'échantillon étudié témoignent ainsi des chamboulements à venir dans la pensée médicale. Comme l'écrit Jean-Pierre Peter :

« Le corps de documents formé par les réponses à l'enquête de la Société Royale témoigne d'un moment privilégié dans l'histoire de la médecine. La pensée médicale s'y montre en gésine ; inconsciente d'ailleurs de sa propre aventure. Ce qu'on y sent mûrir, c'est une nouvelle intelligence des rapports de la vie et de la maladie. Le médecin, placé au confluent de l'une et de l'autre, ressent que son action est appelée à changer de sens et de terrain. Il entrevoit pour la première fois, au delà des chimères de doctrine qui le lui cachent encore,

l'objet de son effort : la maladie logée, inscrite dans le corps, dans l'homme. Jusqu'alors, elle existait pour soi, en soi. L'organisme malade, peu à peu, émerge à la conscience, à la vue. »⁸³

2.2 Naissance de la clinique

Après l'interrogatoire, lorsqu'il a relevé l'anamnèse, le mode de vie et les antécédents de son patient, le médecin moderne s'attache à l'examiner. Ce rapport au corps du patient et l'examen clinique qui en découle n'a pas toujours été le même au cours des siècles. Dans leur article *Les aléas de l'examen clinique*, les médecins Bernard Hoerni et Michel Bénézech expliquent que si les malades étaient bien examinés du temps d'Hippocrate, les maigres connaissances médicales de cette époque limitaient grandement les conclusions qu'un médecin pouvait tirer de tels examens. Au temps d'Hippocrate et de Galien :

« Il est recommandé de “ prendre le corps du malade comme objet d'examen ”. [...] La vue est le premier sens mis en jeu pour une impression générale. [...] Le toucher est le deuxième sens sollicité : examen d'une plaie, d'une fracture ou de toute région sur laquelle le malade appelle l'attention du médecin ou à titre systématique, comme les hypochondre, toucher vaginal. [...] L'oreille collée sur la peau, l'ouïe perçoit de nombreux bruits : souffles, frottements ou impression de liquide. [...] Pas toutes découvertes par Hippocrate mais remarquablement rassemblées par lui, ces données recueillies livrent au médecin un ensemble impressionnant d'indices [...]. A vrai dire l'intérêt de bien des signes a pris une valeur plus grande que de son temps, parce qu'une compréhension s'est ajoutée à l'observation. »⁸⁴

Ainsi, les médecins antiques examinaient, mais ne tiraient que peu de conclusions des fruits de leur examen. La théorie des humeurs et les thérapeutiques de l'époque faisaient piètre usage de ces signes, et dès le Moyen-Âge l'examen clinique semble disparaître des pratiques. On admet généralement qu'il refait son apparition au XIX^e siècle avec la médecine moderne, et que pendant tous les siècles qui ont séparé Galien de Bichat, les médecins n'examinaient pas leurs malades. Le corps du patient n'était plus un objet d'examen, mais un objet de pudeur, qu'il convenait de ne pas indisposer par « des investigations inconfortables ». Les consultations épistolaires ont ainsi fleuri : nul besoin de voir son malade pour proposer une prise en charge.

83 Peter J-P., *Une enquête de la Société royale de médecine : malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle*. in *Annales : Economies, sociétés, civilisations*. 22^e année, n°4, 1967, pp. 711-751.

84 Hoerni B. et Bénézech M. *Les aléas de l'examen clinique*, dans la revue *Histoire des sciences médicales*, tome XXX, n°2, 1996, disponible sur <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhtm/hsm/HSMx1996x030x002/HSMx1996x030x002x0205.pdf>

Pourtant, dans l'échantillon d' « observations » étudié dans cette thèse, on trouve dans un nombre non négligeable de cas des indices qu'un examen physique a été mené (33%, n=35), et il ne s'agit là que des indices perceptibles à la lecture, ne reflétant donc probablement qu'une partie des usages. Il importe de comprendre si ces examens physiques sont des examens cliniques, et comment ils s'intègrent dans le raisonnement médical du médecin qui le conduit. Car la clinique ne se résume pas au simple fait de mener un examen physique : encore faut-il savoir ce que l'on cherche. C'est ainsi que, dans la préface de son ouvrage *Naissance de la clinique*, Michel Foucault en fait cette définition :

« La clinique apparaît comme un nouveau profil, pour l'expérience du médecin, du perceptible et de l'énonçable : nouvelle distribution des éléments discrets de l'espace corporel (isolement par exemple du tissu, plage fonctionnelle à deux dimensions, qui s'oppose à la masse fonctionnante de l'organe et constitue le paradoxe d'une « surface intérieure »), réorganisation des éléments constituant le phénomène pathologique (une grammaire des signes s'est substituée à une botanique des symptômes), définition des séries linéaires d'événements morbides (par opposition au buissonnement des espèces nosologiques), articulation de la maladie sur l'organisme (disparition des entités morbides générales qui groupaient des symptômes en une figure logique, au profit d'un statut local qui situe l'être de la maladie avec ses causes et ses effets dans un espace à trois dimensions). »⁸⁵

Dans cette définition complexe, on trouve les idées clés qui fondent la clinique, et nous allons nous attacher à les reprendre.

Comme nous l'avons détaillé en première partie, l'anatomie achevée et la physiologie naissante permettent le développement au milieu du XVIII^e siècle de l'anatomie pathologique, qui chamboule les anciennes conceptions de la maladie, l'envisageant comme l'atteinte globale d'un corps déséquilibré dans sa nature. Avec l'anatomie pathologique, la maladie se spatialise : elle habite déjà un organe, sinon un tissu. D'autre part, on convient que la façon dont la maladie s'attaque à l'organe est changeante au cours du temps. A l'encontre des vieux systèmes, cette idée permet que les symptômes observés par le médecin ou décrits par le malade ne soient plus considérés comme la maladie elle-même, dans son essence, mais plutôt comme les signes d'un processus pathologique en cours. Cette nouvelle conception de la pathologie est révolutionnaire, car elle permet une inversion du raisonnement médical. Dans la médecine ancienne, il fallait

85 Foucault M. *Naissance de la clinique*, 1963, édition Quadrige PUF, p. 17-18

connaître la théorie de la maladie, pour la reconnaître lorsqu'elle habite le malade. Les anciennes classifications nosologiques cherchaient à classer les faits pathologiques par familles, genre et espèce. Non seulement ces classifications étaient immenses, mais une même maladie, c'est à dire une même entité, pouvait ainsi se manifester de mille façons. Elle avait son existence propre, indépendamment du malade et de son corps. Cet exemple imagé est donné par Foucault :

« Une seule et même affection spasmodique peut se déplacer du bas-ventre où elle provoquera des dyspepsies, des engorgements viscéraux, des interruptions du flux menstruel ou hémorroïdal, vers la poitrine avec étouffements, palpitations, sensation de boule dans la gorge, quintes de toux, et finalement gagner la tête en provoquant des convulsions épileptiques, des syncopes ou des sommeils comateux »⁸⁶

Dans la médecine clinique au contraire, il ne s'agit plus de reconnaître une maladie dont l'essence est unique, bien qu'elle se manifeste de façon différente en fonction du patient. Il s'agit plutôt de comprendre quel processus pathologique est à l'œuvre et quel est son degré d'avancement. La variabilité des présentations de la maladie n'est plus un obstacle au diagnostic que le médecin doit contourner, mais un principe propre à la pathologie. La question du temps dans la maladie devient du même coup fondamentale : la médecine clinique s'attache à retracer l'enchaînement logique, naturel, des symptômes. De cette manière, les signes cliniques ne sont pas seulement des symptômes, mais des faits observables et reproductibles d'un malade à l'autre, et que l'on doit activement rechercher. Il ne s'agit plus de mobiliser des théories rigides pour comprendre la maladie, mais de laisser les faits parler d'eux-mêmes. On considère que les principes de la méthode anatomo-clinique, faisant le lien direct entre les symptômes observés en clinique et les lésions internes qui sont la maladie elle-même, furent définitivement établis par les médecins Xavier Bichat, et René Laennec au début du XIX^e siècle. Ce dernier fut également à l'origine de l'invention du stéthoscope, avec l'« auscultation médiate » dont la découverte s'accompagna d'un riche vocabulaire sémiologique pour décrire tous les bruits se dévoilant à l'oreille du médecin, révélant des lésions inaccessibles à la vue, et enrichissant d'autant l'ensemble des signes cliniques. Sur la sémiologie, Foucault conclut :

« À partir de là, tout le rapport du signifiant au signifié se redistribue, et ceci, à tous les niveaux de l'expérience médicale : entre les symptômes qui signifient et la maladie qui est signifiée, entre la description et ce qu'elle décrit, entre l'événement et ce qu'il pronostique, entre la lésion et le mal qu'elle signale, etc. La clinique, invoquée sans cesse pour son

86 Foucault M. *ibid*, p. 28-29

empirisme, la modestie de son attention et le soin avec lequel elle laisse venir silencieusement les choses sous le regard, sans les troubler d'aucun discours, doit sa réelle importance au fait qu'elle est une réorganisation en profondeur non seulement des connaissances médicales, mais de la possibilité même d'un discours sur la maladie. La retenue du discours clinique (proclamée par les médecins : refus de la théorie, abandon des systèmes, non-philosophie) renvoie aux conditions non verbales à partir de quoi il peut parler : la structure commune qui découpe et articule ce qui se *voit* et ce qui se *dit*. »⁸⁷

Le signe clinique est le langage par lequel le corps et les lésions de ses tissus se racontent. Le médecin lit le signe, ou le recherche, par son regard, par son toucher, par son ouïe. Quant au discours médical, c'est à dire le nom donné aux choses observées, il ne vient qu'après. Et le diagnostic finalement posé, s'il implique de nommer une maladie, n'est que le terme employé pour appréhender et raconter ce processus, mais n'a rien d'essentiel.

Dans la médecine pré-clinique, au contraire, le discours médical et son immense lexique sont souvent créateurs de concepts. Ainsi, l'histoire de la médecine ancienne est intimement liée à l'histoire de son discours. Lorsqu'un médecin ancien écrit « fièvre putride bilieuse pétéchiale maligne », « affection vaporeuse », « ébullition du sang » ou « fluxion catarrhale », il est difficile pour le médecin moderne de saisir la pathologie sous-jacente. Cela est vrai également pour le vocabulaire courant comme « humeur », ou les différents termes employés pour décrire les remèdes, que nous nous sommes employés à détailler dans le lexique. Ces mots font référence à un système de pensée aujourd'hui disparu, qui devait tout aux anciennes théories dogmatiques, et peu aux faits observables qui étaient souvent indissociables de leur interprétation métaphorique. Quand on étudie la médecine ancienne, on fait acte de traduction. L'affranchissement vis-à-vis des anciens systèmes médicaux est donc inconcevable sans un affranchissement du vocabulaire qui les fait exister.

Dans les « observations » étudiées dans cette thèse, issues de la fin du XVIII^e siècle, au minimum vingt ans avant Bichat et Laennec, il est ainsi frappant de constater l'absence de vocabulaire médical spécifique en ce qui concerne les symptômes. La liste de symptômes fournie dans la figure 3 en annexe, et qui est le support de l'étude statistique, n'est généralement pas le fruit d'une traduction, mais d'une authentique compréhension. Nous parlons le même langage que le médecins-auteurs de ces cas, celui de la clinique. C'est un langage visuel, un discours qui

87 Foucault M., *ibid.* p. 17-18.

« donne à voir », selon l'expression de Michel Foucault. Par exemple dans le cas numéro 3, le médecin écrit « *il vomit des matières d'un brun roussâtre, visqueuses et de mauvaises odeurs* », puis « *il ressentait un poids à l'estomac, surtout lorsqu'il avait mangé* », et l'on écrit « vomissements fécaloïdes », « épigastralgies post-prandiales ». Dans le cas 7, le médecin écrit « *le visage du malade présentait une teinte jaune* », et l'on écrit « ictère ». Dans le cas 56, le médecin écrit « *l'urine ne sortait qu'avec effort* », et l'on écrit « dysurie ». De même dans le cas 78, où le médecin décrit une « *sortie des urines suivie d'une impression de chaleur et d'ardeur incommode* », et l'on écrit « brûlures mictionnelles ». Dans le cas 87, le patient « *avait plusieurs fois craché du sang* », on écrit « hémoptysie ». Les exemples sont quasiment aussi abondants que le nombre de symptômes relevés dans ce travail. Certaines descriptions sont même réjouissantes, tant elles sont précises et offrent à la lecture un tableau vivant de la pathologie. Ainsi la description d'une corne hyper-kératosique cutanée dans le cas 15 :

« Une éminence extraordinaire se faisait sentir vers la partie inférieure du temporal gauche, à peu près de la même nature que les ongles et croissait rapidement »,

d'une dysarthrie, puis parésie d'un membre et dysgraphie dans le cas 29 :

« La parole était fort lente, avec une difficulté à prononcer certains mots. Il était dans l'impossibilité de parler et d'articuler longtemps de suite. [...] Il avait de la peine et de la gêne à lever le bras droit et des difficultés à exécuter les mouvements de la main du même côté, et ne pouvait mettre par écrit qu'avec beaucoup de lenteur quelques mots mal tracés. »,

de probables adénopathies cervicales dans le cas 75 :

« Les glandes situées au dessous de l'oreille dans le trajet des jugulaires étaient gonflées et engorgées de chaque côté, surtout du côté gauche »,

d'une paralysie faciale dans le cas 30 :

« Les muscles du visage étaient paralysés du côté gauche, la bouche excessivement tirée et tournée à droite, la joue gauche pendante, la parole et la déglutition étaient très gênées. Il ne pouvait ni ouvrir ni fermer les paupières du côté gauche, la paupière supérieure constamment élevée et l'inférieure fortement abaissée »,

d'une possible névralgie ou d'une algie vasculaire de la face dans le cas 12 :

« L'œil pleure, et il ressent de légers élancements ou dards qui prenaient avec autant de vivacité qu'un éclair et qui passaient de même. Le mal se répand le long de la joue, va jusqu'à l'extrémité du nez et serpente dans les gencives, quelquefois la douleur se fait sentir avec force au dessus du sourcil et va jusqu'au sommet de la tête. »

d'une dysesthésie dans le cas 62 :

« Il avait le tact obtus, il lui semblait qu'il y avait des étoupes interposées entre l'extrémité de ses doigts et les objets qu'il touchait »,

d'une paresthésie, peut-être une douleur neuropathique dans le cas 105 :

« Il sentait des picotement de la plante des pieds qui montait le long des jambes et des cuisses puis dans tout le corps, et une douleur comme la morsure des grosses fourmis qui montent sur les chênes. »

Ces derniers exemples reflètent d'ailleurs la place laissée au patient lui-même pour la description de ses symptômes, qui confirment la position centrale que celui-ci occupe dans le raisonnement des médecins de la Société Royale. Certaines descriptions ne peuvent d'ailleurs pas s'apparenter à un signe ou à un symptôme, mais montrent jusqu'à quel point le médecin observait son malade. Les cas traitant de la rage sont ainsi glaçants, comme dans le cas 56 :

« Ses yeux ont un aspect frappant, propre aux enragés ; c'est un regard farouche mêlé de crainte, qu'il est difficile d'exprimer et qu'on ne peut se rappeler sans une certaine peine. »

Ces « observations » s'affranchissent donc du discours médical théorique, se limitant à la « modestie efficace du perçu »⁸⁸. Mais pour le lecteur moderne, la richesse des descriptions qui découlent de cette nécessité permet aussi d'entrevoir parfois une ébauche de raisonnement, dans la tentative de rechercher les caractéristiques de chaque symptôme. On peut citer pour exemple le récit que fait un médecin-auteur pour raconter la douleur d'un patient dans le cas 12 :

« Depuis le mois d'août, les douleurs sont devenues plus fréquentes qu'en 1772. Leur nombre par jour ne peut se calculer, elles reviennent à chaque instant et ne laissent prendre au malade aucun repos. Ces douleurs qui ne duraient d'abord qu'un clin d'œil, vont quelquefois à présent jusqu'à trois et quatre minutes. Il semble que tous les nerfs de l'œil se déchirent ;

88 Foucault M., *op. cit.*

leurs contractions sont si violentes que l'œil pleure ; le mal se répand le long de la joue, va jusqu'à l'extrémité du nez et serpente dans les gencives. [...] Le siège de la douleur n'est pas fixe. Elle se porte quelquefois avec plus de force au sourcil. [...]. Il paraît cependant que le foyer du mal est toujours placé au-dessous de l'œil, vers le nez, et que le front ou les gencives n'en reçoivent que les contre-coups. Nous avons remarqué que la plus légère vivacité occasionnait le retour subit de ces douleurs, et qu'elles revenaient plus volontiers, supposé qu'elles fussent assoupies, quand le malade mangeait, ou faisait quelque mouvement. [...] L'œil est larmoyant depuis 1772.»

Cette description rigoureuse répond parfaitement à la description clinique type d'une douleur en médecine moderne : date de début, fréquence de survenue, circonstances d'apparition, siège, type, facteurs aggravants ou apaisants, irradiation, durée, signes associés.

D'autre part, certaines descriptions sont troublantes tant elles s'approchent de la recherche d'un véritable signe clinique tel que nous en avons expliqué la différence par rapport au simple symptôme. Dans le cas numéro 10, la description d'un œdème des membres inférieurs est parlante :

« Les jambes étaient œdémateuses, avec une bouffissure qui conservait l'impression du doigt ».

Dans le cas 105 également, fourni en annexe, le médecin décrit une authentique détresse respiratoire avec tirage :

« Pendant l'expiration il se faisait un enfoncement considérable dans l'espace triangulaire, qui est entre la clavicule et le bas du col, dans l'inspiration au contraire une élévation se manifestait au même endroit. »

Ces signes ne sont pas toujours suivis d'une interprétation, mais parfois la narration nous donne des indices sur l'utilisation qu'en faisait le médecin pour sa prise en charge, et prouvent qu'elle renvoie à la recherche d'un phénomène pathologique et de sa localisation dans le corps. Lorsque le médecin décrit une « bouffissure qui conserve l'impression du doigt », il s'agit en effet d'un signe provoqué, qui correspond à ce qu'on appelle aujourd'hui un œdème qui prend le godet, témoignant de la présence d'eau dans les tissus interstitiels. Ainsi, le signe renseigne sur le type d'œdème. Par la provocation du signe, qui complète la simple observation, le médecin peut

affiner sa réflexion pour identifier une lésion interne, à défaut de disposer d'un moyen invasif ou radiologique pour la mettre en évidence. La médecine « infra-clinique » que pratiquent les médecins d'aujourd'hui, et la possibilité de s'affranchir parfois d'un examen physique, ne découle en effet que de la richesse des examens complémentaires qui sont accessibles aujourd'hui. Le cas 76, fourni en annexe, nous dévoile également l'utilisation d'un signe provoqué, suivi de la conclusion qui en découle :

« La tumeur s'effaçait par la compression ce qui prouvait assez que c'était un anévrisme vrai commençant. »

Dans le cas 3, qui est également fourni en annexe, on trouve un autre exemple de déduction, issue cette fois d'une observation rigoureuse :

« Lorsque je vis la couleur des matières vomies, j'annonçai une obstruction au pylore. »

Avec ce diagnostic déduit d'une observation factuelle, et que l'autopsie confirme à la fin du récit, le médecin doit d'ailleurs s'opposer à un confrère plus archaïque, qui lui déclare que « *c'est l'humeur de goutte qui s'est portée sur l'estomac* ». Dans le cas 6, le médecin utilise son examen clinique de façon suffisamment discriminante pour tirer des conclusions sur la pathologie :

« On sentait, en lui tâtant le ventre, des tumeurs qui l'inquiétaient beaucoup, mais qui n'étaient autre chose que des vents qui gonflaient les intestins. »

Par ailleurs à la fin de ce cas, le médecin utilise les observations issues de son examen pour anticiper l'évolution de la pathologie :

« Enfin, l'œdème des pieds et des mains, la faiblesse du pouls, un marasme affreux, la froideur des membres, annoncèrent une fin prochaine. »

Ainsi, la description visuelle, sensorielle, que font les médecins-auteurs des cas nous montre que leur regard a déjà changé, et n'est plus celui d'un médecin archaïque. Il s'agit même d'un regard qui cherche, pour distinguer la norme du variable, le variable pouvant être le signe de la maladie. En témoigne la recherche fréquente de ce qu'on appellerait aujourd'hui des signes négatifs : « *le patient n'eût jamais de toux ni de douleur à l'épaule* » (cas 20), « *les urines étaient*

limpides, de couleur ordinaire et n'ont fournies aucun dépôt » (cas 31), « *il n'y eût ni salivation, ni sueurs, ni dépôt du côté des urines* » (cas 31), « *le cours du ventre n'était pas dérangé* » (cas 33), « *la respiration est égale, libre ; il n'y a pas de chaleur à la peau, point de soif* » (cas 56), « *il n'y avait pas d'ulcère ni la moindre marque apparente d'inflammation* » (cas 58), « *il avait des douleurs aux deux pieds avec cuisson et élancement mais sans rougeur ni enflure* » (cas 63), « *l'inspection de la partie ne me laissa rien voir de remarquable* » (cas 105), « *on trouva le malade sans fièvre* » (cas 113), « *le ventre était souple et point douloureux* » (cas 107), etc. Ces médecins décrivent ce qu'ils voient, mais aussi ce qu'ils ne voient pas : si ces signes négatifs sont mentionnés, c'est bien qu'ils étaient considérés comme informatifs, et cela témoigne d'un raisonnement sur ce qu'est réellement la maladie au sein du corps.

Une autre donnée importante issue de l'analyse de l'échantillon nous montre que la médecine clinique est en germe. Dans 56% (n=19) des cas où l'issue est la mort du patient, une autopsie est réalisée. La place qu'a pris l'autopsie dans la naissance de la médecine clinique n'est plus à démontrer, puisqu'elle est à l'origine de l'anatomie pathologique. C'est grâce à elle que l'on comprend qu'une lésion localisée à un organe explique des symptômes, et témoigne du processus pathologique. Ainsi, dans la méthode anatomo-clinique, la lésion est la maladie elle-même. Lorsque le patient meurt, le processus pathologique est interrompu, le temps de la maladie s'arrête. L'autopsie est alors la poursuite de l'observation médicale, en ce qu'elle permet l'étude de la maladie figée dans le corps, et sa compréhension plus profonde. L'autopsie participe du même mouvement que l'observation et l'examen clinique. En 1812, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, Laennec écrira d'ailleurs :

« L'anatomie pathologique est une science qui a pour but la connaissance des altérations visibles que l'état de maladie produit sur les organes du corps humain. L'ouverture des cadavre est le moyen d'acquérir cette connaissance ; mais pour qu'elle devienne d'une utilité directe, il faut y joindre l'observation des symptômes ou des altérations de fonctions qui coïncident avec chaque espèce d'altération d'organes. »⁸⁹

Peut-être sans en avoir conscience, c'est déjà ce que faisaient les médecins dont nous étudions les « observations ». Ils répondaient déjà à l'injonction que fera Xavier Bichat au début du XIX^e siècle : « Ouvrez quelques cadavres : vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que la seule observation n'avait pu dissiper. ».

89 Laennec R., Article « Anatomie pathologique », *Dictionnaire des sciences médicales*, tome 2, 1812, p. 47.

Dans tous les cas où une autopsie est réalisée, les descriptions des organes sains et malades sont précises, factuelles. Les médecins décrivent souvent un « état naturel », ce qui renvoie en miroir à l'idée d'un état pathologique. Ces autopsies ne sont pas toujours interprétées, les conclusions qu'en tiraient ces médecins ne nous sont donc pas toujours parvenues. Quoiqu'il en soit, le nombre important de cas où elles sont réalisées témoignent au moins d'une recherche de la cause de la maladie dans le corps du patient, donc d'une démarche rationnelle avérée, sinon clinique. Et dans les cas où elles sont interprétées, l'analyse est souvent pertinente. Par exemple dans le cas 76, déjà cité et fourni en annexe, un patient décède dans les suites d'une rupture d'un anévrisme de l'artère sous-clavière, et les médecins qui effectuent l'autopsie tentent de retracer ce qui a pu rompre l'anévrisme, évoquant la fracture de côte également constatée à l'autopsie. Il est troublant de constater qu'au sein du même cas, la théorie animiste de Stahl est présente, l'anévrisme étant mis sur le compte d'un accès de colère, et que c'est la saignée évacuatrice qui a été utilisée pour principale thérapeutique. C'est un exemple parmi d'autres, mais cette « observation » nous montre bien que les anciens systèmes et les idées nouvelles se chevauchent avant de se distinguer.

Dans cette discussion, nous ne cherchons donc pas à prouver que les médecins correspondants de la Société Royale de Médecine pratiquaient la médecine clinique. Nous nous intéressons plutôt à l'émergence du concept de « clinique », en soulignant les transformations dans le discours et le regard de ces médecins. D'ailleurs, lorsque Michel Foucault écrit sur la Société Royale dans son ouvrage *Naissance de la clinique*, c'est pour insister sur l'importance qu'a eu la médecine des épidémies sur l'évolution du regard médical. Sans considérer une quelconque contagiosité, il suffisait au XVIII^e siècle « qu'une affection sporadique se reproduise un certain nombre de fois et simultanément pour qu'il y ait épidémie. » Tel était le cas de la rage, des pneumonies, des dysenteries. La recherche autour de ces épidémies et la façon de les enrayer a donc obligé les médecins des Lumières à s'interroger sur la cause des pathologies, leurs facteurs aggravants, leur variabilité, et donc leur reproductibilité, au sein des populations. Cela a participé au changement de regard sur le fait pathologique. Ainsi, au sein des « observations » étudiées, les exemples avancés pour dire que les médecins de la Société Royale de Médecine envisageaient la maladie comme un processus et examinaient leurs malades de manière clinique n'ont aucun caractère statistique⁹⁰ : nous aurions pu effectuer un même travail de recensement avec des indices démontrant que la conception de la maladie comme un déséquilibre d'humeurs

90 Dans son article *Réseau médical et médicalisation en France à la fin du XVIII^e siècle*, Jean-Pierre Goubert écrit à propos de ses extrapolations sur l'enquête de la Société Royale de Médecine : « *Comment, dès lors, interpréter non pas ces statistiques – qui n'en sont pas – mais la hiérarchie qu'elles dessinent ?* »

imprégnait encore la médecine de la fin du XVIII^e siècle. Mais cette notion étant déjà communément admise, et il nous a semblé plus intéressant de nous attarder sur les traces de modernité qui parsèment ces cas. Par ce travail, nous avons cherché à accompagner l'idée qu'avec de tels médecins, tout était prêt pour l'éclosion de la méthode anatomo-clinique et de notre médecine moderne.

Conclusion

Cette thèse effectuée à partir des « observations » médicales issues de l'ouvrage *Histoire de la Société royale de médecine...*, Avec les *Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société* a tenté de répondre à double enjeu : porter un regard historique sur des cas cliniques médicaux anciens, et un regard médical sur une période historique importante. La source documentaire extrêmement riche que représentent les cas cliniques de médecine au XVIII^e siècle ne peut en effet s'envisager autrement. Le projet REMEDE, auquel ce travail participe, est à l'origine de ce double regard. En faisant lire des cas cliniques représentatifs des pratiques médicales du XVIII^e siècle aux médecins d'aujourd'hui, il s'agit d'aborder l'histoire de la médecine au cours du siècle des Lumières d'un nouvel œil : les pratiques étaient-elles aussi archaïques que l'on croit ? Les médecins disposaient-ils de traitements efficaces pour soigner leurs patients ? Étaient-ils en mesure de poser des diagnostics appropriés ?

Pour mener à bien ce projet, il faut déjà tenter d'appréhender l'ensemble de la littérature disponible pour se procurer ces cas cliniques. L'étude des archives de la Société Royale de Médecine, troisième source étudiée après les journaux médicaux périodiques et les monographies publiées, s'est révélée pertinente. La majorité des « observations » issues de l'ouvrage *Histoire et Mémoire*, qui est la portion publiée de ces archives, répondent en tout point aux critères nécessaires à un tel projet : les récits qui se déploient dans ces « observations » sont complets, riches de détails du début des symptômes du patient jusqu'à l'issue de la maladie, les prises en charge sont retracées avec rigueur, et la démarche intellectuelle des médecins-auteurs fait preuve d'objectivité. Ce dernier critère en particulier nous semble indispensable pour donner du sens au projet REMEDE, et il faudra en tenir compte lors de l'élaboration du corpus final.

Les caractéristiques de ces « observations », qui les rendent particulièrement utiles au projet REMEDE, sont indissociables du contexte dans lequel elles ont été écrites. L'ouvrage dont elles sont issues ayant été publié de 1779 à 1790, elles reflètent une période relativement courte de la fin du XVIII^e siècle, où le basculement vers la médecine moderne est en train d'avoir lieu. Il nous a ainsi semblé important d'évoquer que dans l'histoire de la médecine et des sciences, il n'y a pas de rupture brutale, mais plutôt une évolution progressive des idées, faite d'une succession d'erreurs et d'avancements qui se chevauchent puis se distinguent, jusqu'au point où le changement de paradigme est tel qu'il n'y a plus qu'à le constater. C'est en cela qu'étudier la

Société Royale de Médecine nous éclaire autant sur le XVIII^e siècle que sur le XIX^e siècle. La remise en cause des théories médicales philosophiques et doctrinales au profit d'une médecine s'intéressant aux faits observables, la conception de la santé comme un bien public qu'il convient de protéger, la volonté de mener des recherches au sein d'une communauté de pairs pour évaluer l'efficacité réelle des thérapeutiques employées, et le raisonnement médical centré sur le patient, intégrant la maladie comme un processus évolutif dans une pratique proche de la médecine clinique, semblent être l'essence de la Société Royale de Médecine, qui nous est apparue comme profondément moderne.

De plus, le lexique visuel et sensoriel employé dans les cas, ce langage clinique que les médecins d'aujourd'hui partagent avec ces médecins-auteurs du XVIII^e siècle, permet au projet REMEDE d'exister. Il rend possible pour des médecins naïfs en histoire de la médecine et n'ayant pas de connaissance des anciennes théories médicales, d'appréhender les cas cliniques sans grande difficulté à la lecture. En revanche, la richesse et la complexité des traitements employés nous a interpellé. C'est pourquoi nous appelons à d'autres travaux, pour exposer ces remèdes mystérieux à d'autres regards. Nous souhaitons cependant mettre en garde le médecin d'aujourd'hui qui serait lecteur pour le projet REMEDE. Au terme de ce travail, cette thèse peut illustrer la pensée de Georges Canguilhem vis-à-vis de l'histoire des sciences, que Michel Foucault résume dans son *Introduction* à la traduction américaine de l'ouvrage *Le Normal et le pathologique* en 1978 :

« L'histoire des sciences n'est pas l'histoire du vrai, de sa lente épiphanie ; elle ne saurait prétendre raconter la découverte progressive d'une vérité inscrite de toujours dans les choses ou dans l'intellect, sauf à s'imaginer que le savoir d'aujourd'hui la possède enfin de façon si complète et définitive qu'il peut prendre à partir d'elle la mesure du passé. [...] L'erreur n'est pas éliminée par la force sourde d'une vérité qui peu à peu sortirait de l'ombre, mais par la formation d'une nouvelle façon de « dire vrai ». [...] Les transformations successives de ce discours véridique produisent sans cesse des refontes dans leur propre histoire ; ce qui était longtemps resté impasse devient un jour issue [...]. Mais on ne fait pas non plus l'histoire des sciences en refiltrant le passé à travers l'ensemble des énoncés ou des théories actuellement validés, décelant ainsi dans ce qui était faux le vrai à venir, et dans ce qui était vrai l'erreur ultérieurement manifeste. [...] Les processus d'élimination et des sélection des énoncés, des théories, des objets se font à chaque instant en fonction d'une certaine norme ; et celle-ci ne peut pas être identifiée à une structure théorique ou à un paradigme actuel, car la vérité scientifique d'aujourd'hui n'en est elle-même qu'un épisode, disons tout au plus le terme

provisoire. »⁹¹

En travaillant sur l'émergence des nouveaux concepts qui fondent la médecine que nous pratiquons aujourd'hui, nous n'avons pas cherché à montrer l'émergence d'une vérité, mais à dégager le lien qui relie notre médecine contemporaine à la médecine ancienne. Ainsi, le regard porté sur ces cas ne peut en aucun cas être un regard qui juge, cherchant à montrer où ces médecins avaient tort, et où ils avaient raison. Au contraire, nous envisageons le projet REMEDE comme un dialogue avec ces confrères du XVIII^e siècle, qui peut nous apporter beaucoup pour l'évolution toujours en cours de nos pratiques et de nos conceptions de la médecine.

Car en filigrane des cas cliniques étudiés dans cette thèse, c'est le portrait vivant des médecins qui les vivent et les écrivent qui se dessine : des médecins rigoureux, proches de leurs malades, qui avaient à cœur de mettre à bas les fausses croyances pour construire ensemble une médecine qui soigne. On est inspiré par la volonté de recherche qui les anime, comme s'ils savaient qu'il ne faut jamais cesser d'apprendre, même après avoir quitté la faculté. On voudrait leur ressembler. Mais ce qui frappe aussi, c'est l'âpreté, parfois l'horreur des descriptions qu'ils font des maladies régnantes au XVIII^e siècle. Le lecteur d'aujourd'hui ne peut qu'imaginer la difficulté quotidienne que ces médecins traversaient dans l'exercice de leur métier. Parce que ce sont eux qui sont finalement au cœur cette thèse, il nous faut conclure avec les mots de Vicq d'Azyr :

« Ces confrères ne se sont point illustrés par de rares inventions ou par d'immortels ouvrages ; aussi nous ne leur décernons point un éloge. C'est moins leurs noms, que leur dévouement et leurs vertus, qu'il importe de faire connaître ; ce n'est point pour la postérité mais pour nos concitoyens et pour nous-mêmes, que nous en traçons le tableau. Je dis qu'on ne loue pas assez ; je le dis surtout, et la Société Royale le dit avec moi, lorsqu'elle voit, dispersés dans les provinces, des médecins et des chirurgiens habiles qui lui consacrent tous les fruits de leur veille, sans savoir si on leur tiendra quelque compte, et même sans le demander ; qui vivant et mourant pour leur pays, croient ne faire que leur devoir, et sont bien éloignés de penser qu'il subsistera quelque trace de ce sacrifice : je dis qu'on ne loue point assez et qu'on ne saurait trop louer cette espèce d'héroïsme inconnu dans nos capitales, où il est juste au moins de lui rendre hommage, si on n'a pas la force de l'imiter. »⁹²

91 Foucault M., *Dits et écrits*, tome II, Gallimard, 2001, pp. 429-442.

92 Vicq d'Azyr F., dans « *Notice* », *Mémoires*, tome V, p. 215-216.

Bibliographie

Projet REMEDE

Marion Escobar, *Les cas cliniques au siècle des Lumières : revue de la littérature sur les périodiques du XVIII^e siècle*, thèse soutenue en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine, Projet REMEDE, Université de Montpellier, 2019.

Jeanne Lesconnec, *Les cas cliniques au siècle des Lumières : revue de la littérature sur les monographies du XVIII^e siècle*, thèse soutenue en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine, Projet REMEDE, Université de Montpellier, 2020

Ouvrages antérieurs au XIX^e siècle

Bordeu, T. de, *Recherches anatomiques sur la position des glandes et sur leur action*, 1751

Bordeu, T. de, *Recherches sur les maladies chroniques, leurs rapports avec les maladies aiguës, leurs périodes, leur nature, et sur la manière dont on les traite aux eaux minérales de Barèges et des autres sources de l'Aquitaine*, Tome II. 1775

Diderot et D'Alembert, *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, 1751-1777. Disponible sur <http://enccre.academie-sciences.fr/encyclopedie/>

Harvey W., *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus exercitatio anatomica*, 1639

Histoire de la Société royale de médecine... Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société. Paris : de l'imprimerie de Philippe-Denys Pierre, ... et se trouve chez Didot jeune. Dix tomes disponibles sur: la bibliothèque numérique MEDICA à l'adresse : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?file=o&cotemere=05749>

James R., *Dictionnaire universel de médecine... traduit de l'anglais par Mrs Diderot, Eidous et Toussaint*, 1746

Lavoisien J-F. *Dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chimie, d'histoire naturelle, de botanique et de physique. A Paris, chez Théophile Barrois*, 1793.

Lebrun, *Traité historique sur les maladies épidémiques*, 1773

Maupertuis P-L-M., *Discours Sur Les Devoirs De L'Académicien*, 1750

Moreau J-L et Vicq d'Azyr F., *Encyclopédie Méthodique : Médecine, Par Une Société De Médecins*. 1787 à 1793

Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, 1761

Panckoucke, *Dictionnaire des sciences médicales*, 1812

Retz de Rochefort, « *Exposé succinct à l'Assemblée nationale sur les facultés de la Société royale de médecine* », *Annales de l'art de guérir*, 1791

Vicq d'Azyr F., *Œuvres*, 1805

Ouvrages et articles contemporains d'histoire de la médecine

Bernabeo R., Grmek M.D., *Histoire de la pensée médicale en Occident. Volume 2 : De la Renaissance aux Lumières*, Seuil, 1997

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2009, 193, no 9, 2131-2135, séance du 15 décembre 2009

Borel P., *Comprendre l'enquête de la Société Royale de Médecine*, in *Histoire des Sciences Médicales*, tome XXXIX, 2005

Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, PUF, 1966.

Coste J., *La médecine pratique et ses genres littéraires en France à l'époque moderne* - BIU Santé, Paris Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/medecine-pratique.php>

Dachez R., *Histoire de la médecine : de l'Antiquité à nos jours*. Tallandier; 2012

Foucault M., *Naissance de la clinique*, PUF, 1963

Foucault M., *Dits et écrits*, tome II, Gallimard, 2001

Goubert J-P., *Réseau médical et médicalisation en France à la fin du XVIII^e siècle*, in *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*. Tome 86, numéro 2, 1979

Hoerni B. et Bénézech M., *Les aléas de l'examen clinique*, in *Histoire des sciences médicales*, tome XXX, n°2, 1996

Lewezyk-Janssen A., *Vers la mise en place d'une politique sanitaire d'Etat : les médecins correspondants de la Société royale de médecine en Haut-Languedoc (1773-1793)*. in *Questions de santé sur les bords de la Méditerranée. Malades, soignants, hôpitaux, représentations en Roussillon, Languedoc et Provence (XVI^e- XVIII^e siècle)*, Gilbert Larguier, Nov 2013

Meyer J., *Une enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies (1774-1794)*. in *Annales : Economies, sociétés, civilisations*. 21^e année, n°4, 1966. pp. 729-749

Peter J-P., *Une enquête de la Société Royale de Médecine : malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle*. In *Annales : Economies, sociétés, civilisations*. 22^e année, n°4, 1967

Passeron I., *La République des sciences : réseau des correspondances, des académies et des livres scientifiques au 18^e siècle*. *Revue du Dix-huitième siècle*, 2008

Rey R., *La théorie de la sécrétion chez Bordeu, modèle de la physiologie et de la pathologie vitalistes*. Revue Dix-Huitième Siècle, 1991

Sigrist R., *La « République des sciences » : essai d'analyse sémantique*. Revue Dix-huitième siècle, 2008

Zanetti F., *L'électricité médicale dans la France des Lumières*, Oxford University, 2017

ANNEXES

TABLEAUX DE RESULTATS

Section de l'ouvrage dont sont issus les cas (corpus complet n=348)	Localisation géographique du récit (n=106)	Données concernant le patient (n=106)
Histoire dont	Précisé Non précisé	Sexe Homme Femme
Médecine pratique Chirurgie Anatomie Non classé	43% (46) 57% (60)	63% (n=67) 37% (n=39)
Mémoires	Durée de la maladie (n=106) Aigue Chronique	Nom Précisé Non précisé
	41% (43) 59% (63)	51% (n=54) 49% (n=52)
Section de l'ouvrage dont sont issus les cas (échantillon n=120)	Présence d'un facteur déclenchant (n=106) Oui dont Non précisé	Age Nourisson (<3 ans) Enfant 3-11 ans Grand enfant 11-18 ans Jeune adulte 18-24 ans Adulte 24-60 ans Senior > 60 ans Non précisé
Histoire dont	30% (32) morsure trouble affectif traitement adn	3% (n=3) 8% (n=9) 8% (n=9) 5% (n=5) 43% (n=46) 9% (n=10) 23% (n=24)
Mémoires	70% (74)	
Auteur (n=106)	Mention d'un examen physique (n=106) Oui Non précisé	Antécédents Précisés Non précisé
Médecin Chirurgien Anonyme	33% (n=35) 67% (n=71)	23% (n=24) 77% (n=82)
Narration (n=106)	Administration d'un traitement (n=106) Oui Non	Tempérament Précisé Non précisé
1ère personne Récit rapporté dont	94% (n=100) 6% (n=6)	14% (n=15) 86% (n=91)
58% (61) 42% (45) 9% (4) 24% (11) 67% (30)	Issue (n=106) Guérison État stable Séquelles Décès Inconnu	Constitution Précisé Non précisé
	30% (n=32) 11% (n=12) 21% (n=22) 32% (n=34) 7% (n=6)	29% (n=31) 71% (n=75)
Lieu du récit (n=106)	Réalisation d'une autopsie (n=34) Oui Non	Métier Précisé Non précisé
Domicile Hôpital Chez le médecin Inconnu	56% (n=19) 44% (n=15)	46% (n=49) 54% (n=57)
17% (18) 12% (13) 23% (24) 46% (49)		Mode de vie Précisé Non précisé
		13% (n=14) 87% (n=92)

Figure 1 : Tableau récapitulatif des variables générales identifiées dans les cas cliniques de l'échantillon étudié

Spécialités	pourcentage sur l'ensemble des spécialités extrapolées (n=136)
Gastro-entérologie	10% (14)
Infectiologie	16% (22)
Neurologie	31% (42)
Dermatologie	5% (7)
Urologie	4% (6)
Gynéco-obstétrique	3% (4)
Pédiatrie	10% (13)
ORL	4% (5)
Orthopédie	2% (3)
Oncologie	1% (2)
Cardiologie	0,7% (1)
Pneumologie	0,7% (1)
Psychiatrie	0,7% (1)
Rhumatologie	8% (11)
Odontologie	0,7% (1)
Vasculaire	0,1% (1)
Ophthalmologie	1% (2)

Figure 2 : Tableau récapitulatif des spécialités médicales représentées dans l'échantillon de cas cliniques

Intitulé	Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)	Pourcentage du nombre de cas (n=106)	Intitulé	Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)	Pourcentage du nombre de cas (n=106)
Symptômes digestifs				Symptômes thoraciques			
absence de selle	6	0,8%	5,7%	dyspnée	14	1,8%	13,2%
ballonnement abdominal	6	0,8%	5,7%	dont tirage	1		
constipation	1	0,1%	0,9%	palpitations	3	0,4%	2,8%
diarrhée	13	1,7%	12,3%	toux	3	0,4%	2,8%
gaz intestinaux	2	0,3%	1,9%	douleur thoracique	8	1,0%	7,5%
hernie (inguinales)	2	0,3%	1,9%	hémoptysie	1	0,1%	0,9%
langue	7	0,9%	6,6%	TOTAL	29	3,8%	
nausée	5	0,6%	4,7%	Symptômes ophtalmologique			
odynophagie	9	1,2%	8,5%	baisse de l'acuité visuelle	6	0,8%	5,7%
rots	3	0,4%	2,8%	larmoiement	3	0,4%	2,8%
trouble de la digestion	1	0,1%	0,9%	mydriase	3	0,4%	2,8%
vomissements	24	3,1%	22,6%	myodésopsie	1	0,1%	0,9%
dont vomissements noirs	1	0,1%	0,9%	myosis	1	0,1%	0,9%
fécaloïdes	7	0,9%	6,6%	TOTAL	14	1,8%	
douleur abdominale	8	1,0%	7,5%	Symptômes rhumatologiques			
dont hépatalgie	1	0,1%	0,9%	atrophie d'un membre	1	0,1%	0,9%
épigastralgie	11	1,4%	10,4%	raccourcissement d'un membre	1	0,1%	0,9%
hémorragie digestive	3	0,4%	2,8%	raideur	9	1,2%	8,5%
tumeur digestive	1	0,1%	0,9%	douleur des membres	13	1,7%	12,3%
TOTAL	102	14,4%		lombalgie	4	0,5%	3,8%
Symptômes ORL				rhumatismes	10	1,3%	9,4%
agueusie	1	0,1%	0,9%	sciatique	1	0,1%	0,9%
acouphène	1	0,1%	0,9%	TOTAL	39	5,0%	
aphte	2	0,3%	1,9%				
cacosmie	1	0,1%	0,9%				
gencives (description de l'aspect)	4	0,5%	3,8%				
surdité	3	0,4%	2,8%				
vertiges	5	0,6%	4,7%				
angine	1	0,1%	0,9%				
épistaxis	3	0,4%	2,8%				
TOTAL	21	2,7%					

Figure 3a : Tableau récapitulatif des symptômes identifiés dans les cas cliniques de l'échantillon
Partie 1

Intitulé	Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)	Pourcentage du nombre de cas (n=106)
Symptômes ophtalmologique			
baisse de l'acuité visuelle	6	0,8%	5,7%
larmoiement	3	0,4%	2,8%
mydriase	3	0,4%	2,8%
myodésopsie	1	0,1%	0,9%
myosis	1	0,1%	0,9%
TOTAL	14	1,8%	
Symptômes neurologiques			
atonie	1	0,1%	0,9%
amnésie	2	0,3%	1,9%
dont amnésie antérograde	1	0,1%	0,9%
aphasie	2	0,3%	1,9%
coma	2	0,3%	1,9%
confusion	6	0,8%	5,7%
convulsions	21	2,7%	19,8%
déficit sensitif	6	0,8%	5,7%
déficit moteur	33	4,3%	31,1%
dont hémiplégie	9	1,2%	8,5%
paralysie faciale	2	0,3%	1,9%
paralysie	7	0,9%	6,6%
parésie	15	1,9%	14,2%
dysesthésie	5	0,6%	4,7%
dysarthrie	5	0,6%	4,7%
dysphonie	3	0,4%	2,8%
engourdissement	6	0,8%	5,7%
frémissements	33	4,3%	31,1%
dont hémiplégie	9	1,2%	8,5%
paralysie faciale	2	0,3%	1,9%
paralysie	7	0,9%	6,6%
parésie	15	1,9%	14,2%
dysesthésie	5	0,6%	4,7%
dysarthrie	5	0,6%	4,7%
dysphonie	3	0,4%	2,8%
engourdissement	6	0,8%	5,7%
frémissements	1	0,1%	0,9%
mouvements anormaux	2	0,3%	1,9%
dont myoclonies	1	0,1%	0,9%
perte de connaissance	8	1,0%	7,5%
photophobie	1	0,1%	0,9%
spasmes	8	1,0%	7,5%
trouble de la marche	16	2,1%	15,1%
tremblements	3	0,4%	2,8%
douleur neuropathique	1	0,1%	0,9%
céphalée	10	1,3%	9,4%
TOTAL	142	18,4%	

Figure 3b : Tableau récapitulatif des symptômes identifiés dans les cas cliniques de l'échantillon
Partie 2

Intitulé	Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)	Pourcentage du nombre de cas (n=106)	Intitulé	Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)	Pourcentage du nombre de cas (n=106)
Symptômes cutanés				Symptômes gynéco-obstétricaux			
contusions	1	0,1%	0,9%	anxiété	6	0,8%	5,7%
écoulement	2	0,3%	1,9%	cauchemars	1	0,1%	0,9%
endurcissement cutané	2	0,3%	1,9%	délire	6	0,8%	5,7%
éruption cutanée	11	1,4%	10,4%	logorrhée	2	0,3%	1,9%
dont boutons	2	0,3%	1,9%	tristesse	13	1,7%	12,3%
bulles	1	0,1%	0,9%	TOTAL	28	3,6%	
dartres	1	0,1%	0,9%	Symptômes gynéco-obstétricaux			
érythème	2	0,3%	1,9%	obstétrique	2	0,3%	1,9%
érythème facial	5	0,6%	4,7%	dont présentation dystocique	1	0,1%	0,9%
éruption miliaire	1	0,1%	0,9%	rupture de la poche des eaux	1	0,1%	0,9%
gangrène	2	0,3%	1,9%	trouble des règles	4	0,5%	3,8%
plaie	22	2,8%	20,8%	dont polyménorrhée	2	0,3%	1,9%
dont morsure	14	1,8%	13,2%	aménorrhée	2	0,3%	1,9%
ulcère	1	0,1%	0,9%	lochies laiteuses	1	0,1%	0,9%
prurit	2	0,3%	1,9%	mastodynie	1	0,1%	0,9%
sécheresse cutanée	2	0,3%	1,9%	TOTAL	8	1,0%	
suppuration	1	0,1%	0,9%	Divers			
TOTAL	45	5,8%		bégaiement	1	0,1%	0,9%
Symptômes urologiques				symptômes buccaux	4	0,5%	3,8%
anurie	1	0,1%	0,9%	fracture	1	0,1%	0,9%
brûlures mictionnelles	1	0,1%	0,9%	retard de langage	1	0,1%	0,9%
dysurie	3	0,4%	2,8%	voussure de l'hypogastre	1	0,1%	0,9%
érection	3	0,4%	2,8%				
incontinence urinaire	1	0,1%	0,9%				
pyurie	1	0,1%	0,9%				
pollakiurie	1	0,1%	0,9%				
polyurie	6	0,8%	5,7%				
urines (aspect)	2	0,3%	1,9%				
hématurie	1	0,1%	0,9%				
TOTAL	20	2,6%					

Figure 3c : Tableau récapitulatif des symptômes identifiés dans les cas cliniques de l'échantillon
Partie 3

Intitulé	Nombre d'occurrence	Symptômes généraux		Intitulé	Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)		Pourcentage du nombre de cas (n=106)
		Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)			Nombre d'occurrence	Pourcentage pour l'ensemble des symptômes (n=773)	
appétit augmenté	3	3	0,4%	hyper-sialorrhée	13	1,7%	12,3%	
asthénie	28	28	3,6%	hydrophobie	10	1,3%	9,4%	
agitation	13	13	1,7%	hoquet	4	0,5%	3,8%	
amaigrissement	8	8	1,0%	ictère	1	0,1%	0,9%	
anorexie	4	4	0,5%	insomnie	9	1,2%	8,5%	
bâillement	1	1	0,1%	malaise	17	2,2%	16,0%	
bouffées de chaleur	1	1	0,1%	oedème	12	1,6%	11,3%	
chaleur externe	1	1	0,1%	dont oedème de l'abdomen	1	0,1%	0,9%	
chaleur interne	3	3	0,4%	oedème des membres inférieurs	5	0,6%	4,7%	
chutes	3	3	0,4%	oedème d'un membre	2	0,3%	1,9%	
dents (tordre)	1	1	0,1%	oedème des mains	1	0,1%	0,9%	
douleur	92	92	11,9%	oedème du visage	2	0,3%	1,9%	
dont douleur abdominale	8	8	1,0%	oedème du cou	1	0,1%	0,9%	
épigastralgie	11	11	1,4%	oedème des genoux	1	0,1%	0,9%	
douleur neuropathique	1	1	0,1%	oedème de la gorge	1	0,1%	0,9%	
céphalée	10	10	1,3%	paléur	4	0,5%	3,8%	
douleur des membres	13	13	1,7%	perte d'appétit	5	0,6%	4,7%	
lombalgie	4	4	0,5%	soif	4	0,5%	3,8%	
rhumatismes	10	10	1,3%	sueurs	16	2,1%	15,1%	
sciatique	1	1	0,1%	tumeur	12	1,6%	11,3%	
douleur pelvienne	4	4	0,5%	dont adénopathie	3	0,4%	2,8%	
douleur du visage	1	1	0,1%	anévrisme	1	0,1%	0,9%	
douleur du cou	2	2	0,3%	come	1	0,1%	0,9%	
douleur d'une plaie	2	2	0,3%	loupe	2	0,3%	1,9%	
douleur dentaire	1	1	0,1%	nodus	1	0,1%	0,9%	
douleur thoracique	8	8	1,0%	tumeur du pied	1	0,1%	0,9%	
extrémités froides	9	9	1,2%	tumeur de la tête	1	0,1%	0,9%	
fièvre	16	16	2,1%	yeux (aspécifique)	6	0,8%	5,7%	
froid	9	9	1,2%	TOTAL	315	40,8%		
hémorragie	10	10	1,3%					
dont hémorragie digestive	3	3	0,4%					
épistaxis	3	3	0,4%					
hématurie	1	1	0,1%					
hémorragie cutanée	2	2	0,3%					
hémoptysie	1	1	0,1%					

Figure 3d : Tableau récapitulatif des symptômes identifiés dans les cas cliniques de l'échantillon
Partie 4

Figure 8a : Traitements identifiés dans l'échantillon de cas cliniques – Partie 1

N° du cas	Intitulé du traitement utilisé	N° du cas	
1	remèdes fondants	9	bains
	mercure		boissons émoullentes
2	cordiaux		demi lavements
	purgatifs		lavement purgatif
	adoucissants		bouillons apéritifs
3	lavements nourrissants		sucs des plantes apéritives aiguisées avec la terre foliée
	boisson adoucissante et légèrement acidulée		sirops diacode et mucilagineux
	tranches d'orange	10	saignée du pied
	moutarde et ail sur les pieds		lavement avec un quarteron de miel mercurial
	potions huileuses		vin émétique trouble vomitif
4	lait		cristal minéral
	boissons adoucissantes et acidulées		potion avec les eaux cordiales, l'eau théiacale, eau de menthe simple, sirop de sthaecas et un demi gros d'esprit volatil aromatique huileux de silvius
	lavements nourrissants		émétique
5	0		sel d'epsom
6	bains		sirop de noirprun avec une chopine d'eau
	lait		emplatres vésicatoires
	emplâtre fondant sur l'estomac		décoction de racine de canne avec une once de noirprun et une once d'oximel scillitique
	pillule gomme de gayac, assa foetida, extrait cathartique, extrait de jalap, aquila alba		sel de duobus
	potion calmante		miel mercurial et cristal minéral
	régime		bouillon de racine de canne de provence
	narcotiques	11	lavement avec eau de fontaine et un gros de savon
	purgations douces		racine de fougère mâle prophyrée et délayée dans un verre d'eau de pourpier
	tisane de cardon roland nitrée		aquila alba, jalap, rhubarbe avec miel
	eaux de gauterets		décoction de racine de murier
	bol apéritif avec athiops martial, gomme ammoniac et savon	12	bains
	gelée, bouillon		lavements
	purgatifs		purgations légères
	sirops acide de grosseille, de limon		pommades
	potion de rivière		vésicatoires
	bouillons apéritifs		savon de saturne
7	pillule de savon avec le sel de duobus		eau de squine
	boisson de bardane nitrée		sangsues
	eau de sedlitz		tafia
	lait coupé avec décoction de salsepareille		aimant
	eaux de cauterets	13	traitement par le soleil, brûlure locale, cautère
			compresse trempée dans l'eau de mélisse spiritueuse

Figure 8b : Traitements identifiés dans l'échantillon de cas cliniques – Partie 2

N° du cas	Intitulé du traitement utilisé	N° du cas	Intitulé du traitement utilisé
15	chirurgie (scie)	25	lithotomie et sonde crénelée
16	scarifications saignées laudanum avec camphre lotions d'eau chaude et huile d'olive frictions mercurielles	26	chirurgie
18	infusion de cantharide dans l'eau de vie (tinctura antispasmodica)	27	chirurgie (lithotomie)
19	sondage remède de Whitt : eau de chaux de coquilles d'huîtres piluies de savon d'alicante	29	électricité purgatifs 30
20	ligature de la tumeur	30	vésicatoires frictions sèches tabac mêlé d'un peu de poudre de muguet électricité minoratif
21	analeptiques	31	bains Potions antispasmodiques
24	chirurgie (césarienne) eau d'orge eau de poulet liqueur minérale anodyne d'Hoffmann dans l'eau de laitue potion calmante décoction d'orge avec une tête de pavots et sirop de nymphaea julep rafraîchissant pansement digestif simple embrocations huileuses sur le ventre	32	électricité rééducation ? une main contrainte pour que l'autre travaille infusion de feuilles d'orange aimant 32 saignées purges bains bouillons amers
sirop d'armoise avec eau d'orge lavement émoullient potion carminative lavement avec électuaire lénitif thé sirop de violette injections émoullientes par le vagin potion carminative et calmante	33	33	bol avec graines de moutarde, de conserve de romarin, de sirop d'écorce d'orange électricité vapeur d'eau chaude avec plantes émoullientes eau de balneuc avec un gros de sel de glauber saignée du bras saignée du pied émétique petit lait émoullifié
eau de menthe ajoutée à la boisson ordinaire petit lait bouillon de veau, volaille, bœuf, riz cerfeuil, vin de Rota vin de malaga, gelée de viande agarc de chêne potage au riz, vin de malaga épinards chicorée cuite poulet rôti	34	34	julep sudorifique cordial composé des eaux distillées de chardon béni, fleurs de sureau, et fleurs d'orange, diaphorétique minéral, esprit de sel d'ammoniac, teinture de castoreum, sirop d'oieillet tisane de menthe bouillon vésicatoire électricité purgé 34 saignée du pied émétique purgé tisane sudorifique du codex alkali volatil électricité purgatifs
décoction de la racine d'arundo avec le vin de bourgogne apozème fait avec la chicorée, le cerfeuil, et sel de duobus opiat préparé avec rhuubarbe et extrait de fumeterre injection avec le vin miellé fomentations avec décoction de sauge et de quinquina dans le vin pansements apozème amer charpie sèche et bandage contentif	35	35	électricité purgatifs
36	électricité purgatifs saignée purgé	36	électricité purgatifs saignée purgé

Figure 8c : Traitements identifiés dans l'échantillon de cas cliniques – Partie 3

<p>37 pommade électricité</p> <p>38 électricité</p> <p>39 électricité purgé look</p> <p>40 boissons amères purgatifs teinture de cantharide opiat stomachique électricité minoratif remèdes toniques boisson amère cautére</p> <p>41 électricité</p> <p>42 électricité</p> <p>43 électricité électricité</p> <p>manne</p> <p>lavements</p> <p>diète</p> <p>eau de riz</p> <p>45 antiscorbutiques électricité</p> <p>46 électricité</p> <p>47 électricité</p> <p>48 électricité</p> <p>49 électricité</p> <p>50 tisane sudorifique résine de gaiac dissoute dans le tafia électricité</p> <p>décoction de squine et de salsepareille</p> <p>51 électricité</p> <p>52 électricité</p> <p>54 frictions avec l'onguent mercuriel vinaigre affaibli avec une petite quantité d'eau de vie infusion théiforme avec un zeste de citron et de sucre décoction de salsepareille avec serpentaire de virginie dans une pinte d'eau, suc de rhue et sirop de sucre onguent mercuriel</p> <p>musc oriental, gomme de gaiac, racine de contrayerva, sucre royal vermicelli, faqou, bouillon léger de volaille</p>	<p>56 bains de mer emplâtre agglutinatif saignée</p> <p>scrupule de musc et extrait d'opium musc, turbith minéral, extrait d'opium onguent mercuriel frictions sur les épaules et les vertèbres cervicales teinture d'opium + vinaigre de saturne, embrocation sur la gorge extrait d'opium, camphre en poudre, confection de damocrate pain et beurre, petite bière opium onguent mercuriel</p> <p>57 lavement avec bouillon de mouton + teinture d'opium bains de mer à la pleine lune purgé bain chaud lavement lavement avec huile et opium onguent bleu pour frotter la gorge cumin et extrait d'opium</p> <p>esprit de sel d'ammoniac, huile d'olive, huile d'ambre, laudanum, embrocation sur l'estomac onguent mercuriel sur le dos et les épaules fumée d'un gros de cinnabre jeté sur les charbons musc, turbith minéral, extrait d'opium dans un bol bain chaud</p> <p>58 bain chaud sucre de saturne Antispasmodiques métalliques, fleurs de zinc, cuivre ammoniacal, musc onguent mercuriel fort, huile d'ambre bouillon, laudanum liquide gomme d'ammoniac brûlée (« atmosphère médicale ») pain trempé dans le lait pilules bain teinture d'opium cuivre ammoniacal, opium, fleurs de zinc, musc assa foetida, teinture d'opium lait et eau chaude lavement purgatif remède de Vanhelmont (cuve d'eau froide saturée de sel) camphre et nitre + opium</p>
---	--

Figure 8d : Traitements identifiés dans l'échantillon de cas cliniques – Partie 4

<p>59 suppuratif animé frictions mercurielles camphrées lait bol de lait avec quinquina et musc incision de la plaie</p> <p>60 saignée eau salé, pansé 3 points de suture pilules de bellote</p> <p>62 électricité 63 électricité 64 électricité 65 électricité 66 électricité électricité 68 électricité 69 électricité 70 électricité 71 électricité 72 électricité 73 cautère électricité 74 cautère électricité purge 75 électricité purge</p> <p>76 saignées régime exact doux et rafraîchissant diète blanche fomentations astringentes, anodines, styptiques cataplasmes stupéfiants</p> <p>77 lime ablation dentaire aimant</p> <p>78 bains d'eau tiède boissons délayantes aimants</p> <p>79 saignées purge aimant</p>	<p>80 aimant 81 aimants 82 aimants 83 aimant 84 Antispasmodiques aimants 85 saignées voyage à versailles délayants relâchants bains aimants cataplasmes de mie de pain et de bière valériane</p> <p>86 saignée potion purgative bols altérants bains aimants</p> <p>87 aimant 88 adoucissants délayants saignées purgatifs 89 bains glace aimant</p> <p>90 bains tièdes aimants</p> <p>91 frictions mercurielles évacuation par chirurgie</p> <p>92 0 93 0 94 chirurgie lavement digestif animé quina manne, huile d'amande douce, essence de citron</p>
--	---

Figure 8e : Traitements identifiés dans l'échantillon de cas cliniques – Partie 5

95	<p>bandage à pelotte cataplasmes émoullissants lavements diète saignée du bras antigangréneux maturatifs chirurgie (« ouverte avec le fer ») plâtre d'onguent dit « onguent de prieur » fomentations émoullissantes petit lait et boissons adoucissantes lavements régime plumaceaux de charpie dans une décoction de fleurs de millepertuis animée d'un peu d'eau de vie camphrée suspensoir régime</p>	<p>décoction de chiendent nitrée saignée lavement avec eau et huile potion avec laudanum liquide de sydenham, eau de fleurs d'orange, sirop de pivoine, eau de lys tisane soupe bain de pieds bain infusion de tilleul avec eau de fleurs d'orange attaché friction avec huile d'olive alkali volatil étendu dans l'eau laudanum liquide</p>
106	<p>plumaceaux de charpie dans une décoction de fleurs de millepertuis animée d'un peu d'eau de vie camphrée suspensoir régime</p>	<p>cautérisation par le feu pansement beurre lavement teinture d'opium attaché pansement avec digestif animé purgatifs le matin friction d'un gros de pommade le soir lavement à l'oxymel simple cinnabre artificiel, camphre, musc, conserve de rose tisane de rhue et de feuille d'orange acidulée avec vinaigre et sucre friction avec onguent mercuriel tisane muclagineuse et adoucissante digestif avec baume d'arcaeus, basilicum, huile de millepertuis, poudre de cantharide ou précipité rouge lavement de graine de lin + bol tisane muclagineuse et adoucissante avec feuilles de rhue bol précèdent lavement avec 3 onces d'oxymel et eau purgatifs avec manne, follicules et sel végétal régime adoucissant cautérisation des cicatrices eau de luce alkali volatil bain chaud mélange d'eau de chardon béni et de fleurs d'orange, sirop de stoechas, teinture de vanille, esprit volatil aromatique, huile potion bouillon infusion de gallium luteum édulcorée avec du sirop de vinaigre bol avec camphre et nitre frictions locales</p>
96	<p>bains et douches sur la tête</p>	
97	<p>même traitement</p>	
99	<p>pansement</p>	
100	<p>remède de tulin lavement des plaies à l'eau imprégnée de sel marin compresses trempées dans la même eau saignée boisson d'orge nitrée diète modérée bouillons, soupe et deux œufs frais par jour frictions de pommade mercurielle (partie égale graisse et mercure) suppuratif en pansement solution de sublimé corrosif poudres contre la rage plaies maintenues ouvertes pour suppurer boisson copieuse d'eau de vie solution avec préparation mercurielle, sel ammoniac, eau de rivière, lait lavements émoullissants gargarismes avec décoction de guimauve dans du lait tiède</p>	
1010	<p>gargarismes avec décoction de guimauve dans du lait tiède</p>	
102	<p> Pierre de serpent</p>	
1030	<p> poudre d'écaillés d'huîtres</p>	
1040	<p></p>	

Figure 8f : Traitements identifiés dans l'échantillon de cas cliniques – Partie 6

<p>109 chirurgie sur la plaie vésicatoire purge pommade mercurielle bol précédent lavement riz dans la tisane friction ipécacuanha eau de veau pour boisson lavement émoullient infusion de tilleul avec eau de luce boisson légèrement acidulée plaies ravivées gouttes d'eau de luce dans l'eau rougie bol avec ipécacuanha, rhubarbe, sel d'absinthe, conserve de roses purge avec manne, casse en baton, sel végétal dans une décoction de grains d'ipécacuanha concassé lavement avec casse et cristal minéral minoratif avec manne, follicule et sel végétal bol antispasmodique digestif animé avec de la poudre de cantharide cicatrice détreuite avec la pierre infernale</p>	
<p>110 plaies incisée et dilatées pour réunir les déchirures saignée pansement avec compresses d'eau marinées friction locale purge friction de pommade mercurielle lavements à l'oxymel bol précédent purge avec manne et catholicum double rôtie au vin et au sucre eau avec sucre trituré longtemps et essence de citron petit lait cautérisation des plaies 113 saignée pédi-luve bain bol avec cinnabre et musc 114 pansement avec vin chaud frictions mercurielles lavement avec alkali volatil bol avec camphre et nitre et musc 116 légère dissolution de sublimé corrosif, avec partie égales de sel ammoniac pilules mercurielles 118 vésicatoire bains tièdes à l'eau de sauge 119 bains de sauge 120 vésicatoire enfant réchauffé</p>	

TRAITEMENTS	nombre d'occurrence	pourcentage sur l'ensemble des traitements
Traitements médicaux	386	83,9%
<i>dont eau</i>	21	5,4%
<i>lait</i>	13	3,4%
<i>opium</i>	13	3,4%
<i>laudanum</i>	5	1,3%
<i>mercure</i>	19	4,9%
<i>purgatifs</i>	29	7,5%
<i>régime</i>	27	7,0%
<i>aimant</i>	15	3,9%
<i>électricité</i>	38	9,8%
<i>saignée</i>	20	5,2%
<i>lavement</i>	30	7,8%
<i>bain</i>	25	6,5%
<i>dont posologie précisée</i>	131	33,9%
<i>posologie non précisée</i>	255	66,1%
Traitements chirurgicaux	24	5,2%
<i>dont cautère</i>	7	
Pansement	13	2,8%
Régime	27	5,9%
Voyage	1	0,2%
Absence de traitement	6	1,3%
Suspensoir (pour hernie inguinale)	1	0,2%
Contention (pour hernie inguinale)	2	0,4%
TOTAL	460	100,0%

Figure 4a : Tableau récapitulatif des traitements les plus employés dans l'échantillon de cas cliniques, en proportion de l'ensemble des traitements

TRAITEMENTS	Pourcentage du nombre de cas où le traitement a été administré au moins une fois (pour 106 cas)
Lavement	19% (20)
Saignée	18% (19)
Bain	18% (19)
Mercure	17% (18)
Électricité	36% (38)
Aimant	14% (15)
Lait	8% (9)
Eau	13% (14)
Opium	5% (5)
Purgatif	23% (24)
Régime	12% (13)

Figure 4b : Tableau récapitulatif des traitements les plus employés dans l'échantillon de cas cliniques, en proportion du nombre de cas où ils sont mentionnés

Substances	nombre d'occurrence	pourcentage sur l'ensemble des traitements médicaux hors aimant et électricité (n=333)	Substances	nombre d'occurrence	pourcentage sur l'ensemble des traitements médicaux hors aimant et électricité (n=333)	Substances utilisées	nombre d'occurrence	pourcentage sur l'ensemble des traitements médicaux hors aimant et électricité (n=333)
armoise	1	0,3%	follicules	2	0,6%	rhubarbe	3	0,9%
athiops martial	1	0,3%	fougère	1	0,3%	rhue	3	0,9%
ail	1	0,3%	fleurs d'oranger	4	1,2%	salsepareille	3	0,9%
affa foetida	2	0,6%	mucilagineux	3	0,9%	sangsue	1	0,3%
ammoniac	12	3,6%	muguet	1	0,3%	sauge	3	0,9%
	4	1,2%	mûrier	1	0,3%	savon	5	1,5%
bardane	1	0,3%	musc	10	3,0%	sel	13	3,9%
basilic	1	0,3%	miel	4	1,2%	sucré	6	1,8%
bellote	1	0,3%	millepertuis	2	0,6%	serpenteaire de virginie	1	0,3%
bière	1	0,3%	moutarde	2	0,6%	sthaecac	1	0,3%
canphre	8	2,4%	nymphaea	1	0,3%	stoechas	1	0,3%
cantharide	12	3,6%	nitre	10	3,0%	sureau	1	0,3%
	8	2,4%	<i>dont cristal minéral</i>	3	0,9%	squine	2	0,6%
casse	2	0,6%	noirprun	2	0,6%	tabac	1	0,3%
castoreum	1	0,3%	oeillets	1	0,3%	tafia	2	0,6%
catholicum double	1	0,3%	orange	2	0,6%	terre foliée	1	0,3%
cerfeuil	1	0,3%	orge	4	1,2%	tilleul	2	0,6%
cumin	1	0,3%	opium	19	5,7%	vanille	1	0,3%
citron	3	0,9%	<i>dont diacode</i>	1	0,3%	valériane	1	0,3%
contrayerva	1	0,3%	<i>laudanum</i>	5	1,5%	vin	5	1,5%
chamignon	1	0,3%	oxymel	4	1,2%	vinaigre	4	1,2%
chardon	2	0,6%	pavot	1	0,3%	violette	1	0,3%
charpie	2	0,6%	piere	3	0,9%	pain	2	0,6%
chicorée	1	0,3%	pivoine	1	0,3%	TOTAL	311	
chiendent	1	0,3%	quinquina	3	0,9%			
eau	21	6,3%	racine d'arundo	1	0,3%			
eau de vie	4	1,2%	racine de canne	2	0,6%			
feuilles d'oranger	2	0,6%	romarin	1	0,3%			
fumeterre	1	0,3%	rose	2	0,6%			

Figure 5 : Tableau récapitulatif des substances employées dans l'échantillon de cas clinique

Intitulé	nombre d'occurrence	pourcentage sur l'ensemble des traitements médicaux hors aimant et électricité (n=333)
acide	5	1,5%
apéritif	4	1,2%
astringent	1	0,3%
adouçissant	8	2,4%
agglutinant	1	0,3%
altérant	1	0,3%
amer	4	1,2%
analeptique	1	0,3%
anodin	2	0,6%
antigangréneux	1	0,3%
antiscorbutique	1	0,3%
antispasmodique	5	1,5%
calmant	3	0,9%
carminatif	2	0,6%
cordiaux	3	0,9%
digestif	5	1,5%
délayant	3	0,9%
émollient	8	2,4%
fondant	2	0,6%
lénitif	1	0,3%
maturatif	1	0,3%
minoratif	3	0,9%
nourrissant	2	0,6%
narcotique	1	0,3%
purgatif	29	8,7%
relâchant	1	0,3%
stomachique	1	0,3%
styptique	1	0,3%
stupéfiant	1	0,3%
sudorifique	3	0,9%
suppuratif	2	0,6%
tonique	1	0,3%
vomitif	4	1,2%
vésicatoire	8	2,4%
TOTAL	119	

Figure 6 : Tableau récapitulatif des effets recherchés par les différents traitements utilisés dans les cas cliniques de l'échantillon

Intitulés	nombre d'occurrence	pourcentage sur l'ensemble des traitements médicaux hors aimant et électricité (n = 333)
bain	25	7,5%
boisson	17	5,1%
bol	19	5,7%
bouillon	10	3,0%
cataplasme	5	1,5%
confection	1	0,3%
contention	2	0,6%
décoction	14	4,2%
<i>dont apozème</i>	2	0,6%
embrocation	3	0,9%
emplâtre	6	1,8%
fomentation	3	0,9%
friction	19	5,7%
fumée	1	0,3%
gargarisme	1	0,3%
infusion	6	1,8%
lavement	30	9,0%
liniment	1	0,3%
lotion	1	0,3%
onguent	9	2,7%
opiat	2	0,6%
pansement	13	3,9%
pommade	6	1,8%
potion	10	3,0%
poudre	5	1,5%
pilule	8	2,4%
rééducation	1	0,3%
saignée	20	6,0%
sirop	10	3,0%
<i>dont julep</i>	2	0,6%
suspensoir	1	0,3%
teinture	5	1,5%
tisane	9	2,7%
vapeur	1	0,3%
voie vaginale	1	0,3%
TOTAL	267	

Figure 7 : Tableau récapitulatif des galéniques et/ou voies d'administration utilisées dans les cas cliniques de l'échantillon

Échantillon de cas cliniques sélectionnés par tirage au sort

N° du cas	Ouvrage	Titre
1	Tome 1 – Histoire	Sur le squirre du pylore
2	Tome 1 – Histoire	Sur le squirre du pylore
3	Tome 1 – Histoire	Sur le squirre du pylore
4	Tome 1 – Histoire	Sur le squirre du pylore
5	Tome 1 – Histoire	Sur le squirre du pylore
6	Tome 1 – Histoire	Sur le squirre du pylore
7	Tome 1 – Histoire	Sur le squirre du pylore
9	Tome 1 – Histoire	Sur un rétrécissement des intestins
10	Tome 1 – Histoire	Sur une apoplexie arrivée à une femme nouvellement accouchée
11	Tome 1 – Histoire	Sur le remède contre le tænia
12	Tome 1 – Histoire	Sur les vertus de l'aimant
13	Tome 1 – Histoire	Sur un cancer à la lèvre inférieure, guéri en trois semaines par le cautère actuel de l'insolation ou le feu solaire
15	Tome 1 – Histoire	Sur une végétation de substance cornée
16	Tome 1 – Mémoires	Observation de M. Baudot
18	Tome 2 – Histoire	Sur l'usage extérieur des différentes teintures de cantharides
19	Tome 2 – Histoire	Sur différents remèdes lithontriptiques
20	Tome 2 – Histoire	Sur des tumeurs carcinomateuses situées dans le rectum
21	Tome 2 – Histoire	Sur les effets du virus vénérien invétéré
24	Tome 2 – Histoire	Opération césarienne pratiquée avec succès sur une dame de 28 ans
25	Tome 2 – Histoire	Sur l'opération de la taille dite à deux temps
26	Tome 2 – Histoire	Sur l'opération de la taille dite à deux temps
27	Tome 2 – Histoire	Sur une imperforation de matrice
29	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui ont suivi le traitement aussi longtemps que j'ai cru nécessaire de le continuer - I
30	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui ont suivi le traitement aussi longtemps que j'ai cru nécessaire de le continuer – II
31	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui ont suivi le traitement aussi longtemps que j'ai cru nécessaire de le continuer – IV
32	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui ont suivi le traitement aussi longtemps que j'ai cru nécessaire de le continuer – IX
33	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XVIII
34	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XXI
35	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XXVI
36	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XXX
37	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XXXII
38	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XXXV
39	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XXXIX
40	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XL
41	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux dont le traitement, quoiqu'ils l'aient quitté plus tôt que je ne leur ai conseillé, a cependant duré au moins quelques semaines, ou même plusieurs mois – XLI
42	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui se sont retirés au bout de fort peu de temps – XLIII
43	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui se sont retirés au bout de fort peu de temps – XLIV
44	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui se sont retirés au bout de fort peu de temps – XLV
45	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui se sont retirés au bout de fort peu de temps – XLVI
46	Tome 2 – Mémoires	Paralysies – Ceux qui se sont retirés au bout de fort peu de temps – L
47	Tome 2 – Mémoires	Stupeurs, engourdissements – LII
48	Tome 2 – Mémoires	Stupeurs, engourdissements – LIV
49	Tome 2 – Mémoires	Stupeurs, engourdissements – LV
50	Tome 2 – Mémoires	Rhumatismes goutteux – LIX
51	Tome 2 – Mémoires	Rhumatismes goutteux – LX
52	Tome 2 – Mémoires	Goutte sereine – LXXIX
54	Tome 2 – Mémoires	Observations sur les effets du mercure en frictions, et sur les différentes préparations, données à l'intérieur
56	Tome 2 – Mémoires	Observations de M. Vaughan
57	Tome 2 – Mémoires	Observations de M. Vaughan
58	Tome 2 – Mémoires	Observations de M. Vaughan
59	Tome 2 – Mémoires	Observations communiquées par M. Coste

60	Tome 2 – Mémoires	Observation de M. Verchère
62	Tome 3 – Histoire	Affaiblissement du tact, et défaut de force dans la partie affectée
63	Tome 3 – Histoire	Gêne dans les mouvements, avec ou sans douleur
64	Tome 3 – Histoire	Gêne dans les mouvements, avec ou sans douleur
65	Tome 3 – Histoire	Gêne dans les mouvements, avec ou sans douleur
66	Tome 3 – Histoire	Gêne dans les mouvements, avec ou sans douleur
67	Tome 3 – Histoire	Gêne dans les mouvements, avec ou sans douleur
68	Tome 3 – Histoire	Gêne dans les mouvements, avec ou sans douleur
69	Tome 3 – Histoire	Enfants faiblement constitués et gênés dans l'usage de quelques uns de leurs membres
70	Tome 3 – Histoire	Enfants faiblement constitués et gênés dans l'usage de quelques uns de leurs membres
71	Tome 3 – Histoire	Enfants faiblement constitués et gênés dans l'usage de quelques uns de leurs membres
72	Tome 3 – Histoire	Enfants faiblement constitués et gênés dans l'usage de quelques uns de leurs membres
73	Tome 3 – Histoire	Surdité
74	Tome 3 – Histoire	Tumeur
75	Tome 3 – Histoire	Tumeur
76	Tome 3 – Mémoires	Sur un anévrisme considérable de l'artère axillaire, suivi de la fracture des côtes
77	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Odontalgie ou maux de dents – V
78	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Douleurs nerveuses à la région des reins – XI
79	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Douleurs nerveuses à la tête – XII
80	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Crampes ou contractions nerveuses des extrémités – XX
81	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Crampes ou contractions nerveuses des extrémités – XXI
82	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Tremblements et tressaillements convulsifs – XXV
83	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Tremblements et tressaillements convulsifs – XXVII
84	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Tremblements et tressaillements convulsifs – XXVIII
85	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Tremblements et tressaillements convulsifs – XXXVI
86	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Tremblements et tressaillements convulsifs – XXXVII
87	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Tremblements et tressaillements convulsifs – XXXVIII
88	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Épilepsie – XXXIX
89	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Épilepsie – XLI
90	Tome 3 – Mémoires	Nouvelles observations sur l'usage de l'aimant dans le traitement de plusieurs maladies – Épilepsie – XLV
91	Tome 4 – Histoire	Sur un coup d'air, et sur une carie qui en a été la suite
92	Tome 4 – Histoire	Sur une espèce de rétrécissement dont le rectum est affecté dans quelques-uns de ses points, et sur les moyens d'y remédier
93	Tome 4 – Histoire	Sur une espèce de rétrécissement dont le rectum est affecté dans quelques-uns de ses points, et sur les moyens d'y remédier
94	Tome 4 – Histoire	Sur un anus artificiel, à la suite d'une hernie étranglée
95	Tome 5 – Histoire	Sur une hernie qui a occasionné la perte d'une portion d'intestin
96	Tome 5 – Mémoires	Sur l'affection particulière de la face, à laquelle on a donné le nom de tic douloureux – 8eme observation
97	Tome 5 – Mémoires	Sur l'affection particulière de la face, à laquelle on a donné le nom de tic douloureux
99	Tome 6 – Histoire	Observations sur la rage communiquée – Traitement préservatif employé avec succès – Observation douzième
100	Tome 6 – Histoire	Observations sur la rage communiquée – Suivie de la mort – Observation dix-neuvième
101	Tome 6 – Histoire	Observations sur la rage communiquée – Suivie de la mort – Observation vingt et unième
102	Tome 6 – Histoire	Observations sur la rage communiquée – Suivie de la mort – Observation vingt sixième
103	Tome 6 – Histoire	Observations sur la rage ou hydrophobie spontanée – Observation première
104	Tome 6 – Histoire	Observations sur la rage ou hydrophobie spontanée – Observation seconde
105	Tome 6 – Histoire	Observations sur la rage ou hydrophobie spontanée – Observation troisième
106	Tome 6 – Histoire	Recherches sur le traitement de la rage par le feu – Observation seconde
107	Tome 6 – Histoire	Observations et réflexions sur le satyriasis et l'hydrophobie spontanée
108	Tome 6 – Histoire	Affaiblissement du tact, et défaut de force dans la partie affectée
109	Tome 6 – Histoire	Des malades qui ont été mordus à nu en d'autres parties que le visage – observation première
110	Tome 6 – Histoire	Des malades qui ont été mordus à nu en d'autres parties que le visage – observation cinquième
113	Tome 6 – Mémoires	Observations nouvelles sur la rage – Observation sixième
114	Tome 6 – Mémoires	Observations nouvelles sur la rage – Observation neuvième
116	Tome 6 – Mémoires	Mémoire sur le meilleur traitement de la rage – observation septième
118	Tome 7 – Histoire	Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire des enfants nouveau-nés – Première observation
119	Tome 7 – Histoire	Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire des enfants nouveau-nés – Quatrième observation
120	Tome 7 – Histoire	Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire des enfants nouveau-nés – Neuvième observation

LEXIQUE

LEXIQUE DES TERMES EMPLOYES EN THERAPEUTIQUE

Les définitions proposées dans ce lexique sont issues de trois ouvrages distincts, dont la publication ou l'usage sont contemporains des textes étudiés dans cette thèse, afin de respecter le sens admis dans les « observations » par l'emploi de ces termes. Ces ouvrages sont :

- le *Dictionnaire universel de médecine... traduit de l'anglais par Mrs Diderot, Eidous et Toussaint*, par Robert James, publié de 1746 à 1748.
- l'*Encyclopédie méthodique de médecine par une société de médecins*, par Félix Vicq d'Azyr et Jacques-Louis Moreau, tomes publiés de 1787 à 1793
- le *Dictionnaire portatif de médecine*, par Jean-François Lavoisien, publié en 1793

Les trois ouvrages sont accessibles en version numérisée sur le site MEDICA de la BIU Santé. Pour chaque terme, la définition la plus complète et la plus précise a été retenue parmi les trois ouvrages. L'ouvrage dont elle est issue est précisé par le nom de l'auteur et l'année de l'ouvrage.

Les termes sont classés selon les variables dégagées dans cette étude : type ou effet recherché, galénique ou voie d'administration, et substances.

TYPE / EFFETS RECHERCHES

Adoucissant, Vicq d'Azyr, 1787 : on appelle adoucissans les remèdes propres à détruire l'âcreté des fluides animaux, à diminuer la violence des symptômes que cette âcreté produit, et à guérir tout à fait les maladies qui en dépendent. Lorsque les humeurs du corps humain sont affectées d'une âcreté quelconque, lorsque surtout la nature chimique de cette âcreté ne peut point être déterminée, et ne peut pas, par conséquent, être attaquée par des remèdes qui lui soient opposés, on ne doit se proposer que de la détruire par des substances douces, capables d'envelopper, pour ainsi dire, les particules acrimonieuses, et d'en rendre les effets nuls.

Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes qui apaisent, qui calment les maladies).

Exemples : racine de guimauve, feuilles de pourpier, de laitue, fleurs de violette, graine de lin, oignon doux, orge, gruau, avoine, riz, huiles douces, sucre, chair de poulet, de veau, lait coupé, miel, eau (donnée seule et à grande dose).

Agglutinatif, Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes qui procurent la réunion des parties séparées ou divisées. Ces sortes de remèdes sont composés de parties rameuses, visqueuses, tenaces, balsamiques, propres à consolider les lèvres des plaies. On se sert aussi d'emplâtres agglutinatifs dans les sutures sèches, pour réunir les lèvres des plaies sans point de suture.

Vicq d'Azyr, 1787 : on appelle agglutinants ou agglutinatifs des remèdes dont la consistance et la propriété collante sont capables de rapprocher et de tenir rapprochées les parties du corps qui ont été écartées par une cause quelconque. [...] Tantôt on donne ce nom aux matières glutineuses ou collantes que l'ont croit capable de faciliter la cicatrisation des plaies.

Exemple : emplâtre d'André de la Croix, poix de Bourgogne, taffetas d'Angleterre ; sang frais, salive, lymphe, blanc d'œuf, miel, gelées végétales ou animales, corps muqueux ou sucré des plantes.

Altérant, James, 1746 : on donne ce nom aux remèdes qui apportent un changement avantageux dans le sang et dans les liqueurs, sans aucune opération ou évacuation apparente. Les altérans (*sic*) doivent donc en général avoir la vertu de corriger l'acrimonie qui domine dans les premières voies ou dans les liqueurs, ou de résoudre les amas qui se forment dans les vaisseaux sanguins, pour qu'ils puissent sortir du corps par le moyen de la transpiration ou de quelque autre

évacuation insensible. [...] J'appelle altérans [les remèdes] qui sont destinés à corriger les qualités vicieuses de la matière ; évacuans, ceux qui en font sortir le superflu ; fortifiants, ceux qui donnent du mouvement aux parties qui sont dans l'atonie, ou le raniment dans celles où il n'est qu'affaibli ; et calmans ceux qui rabattent ou diminuent ce même mouvement quand il est excessif, et que les parties sont attaquées de contractions spasmodiques.

Vicq d'Azyr, 1790 : remèdes qui changent peu à peu et sans produits d'évacuations sensibles, l'état morbifique des solides et des fluides.

Altérans rationnels (dont on conçoit l'action, et qui sont indiqués par les raisonnements) : relâchants, condensans, stimulans, calmans (solides) ; délayans, adoucissans, aborbans, dépurans, incrassans, attenuans (fluides) ; rafraîchissans (fluides et solides)

Altérans spécifiques : antiépileptiques, antiapoplétiques, antiphlogistiques, fébrifuges, antiseptiques, antipyriques, antispasmodiques, antihystériques, alexipharmques, antiloïmiques, antihydriques, antihydrophobes, antilaiteux, antidyssentériques, antirachitiques, antiscrophuleux, anticancéreux, antiscorbutiques, antivénériens, antidartreux, antiarthritiques, carminatifs, lithontriptiques, antihelminthiques, vulnéraires.

Analeptiques, Vicq d'Azyr, 1790 : on appelle analeptiques les substances propres à réparer promptement les forces abattues ; et sous ce point de vue il y a deux classes d'analeptiques, les uns en portant un stimulus rapide, relèvent avec vivacité le ton des fibres, raniment les forces et augmentent en général l'énergie des mouvements vitaux [...]. La seconde classe des analeptiques comprend les matières nourrissantes qui contiennent beaucoup de sucs alimentaires concentrés en un tout petit volume, et dont la nature, très voisine de celle des humeurs du corps humain, en rend la digestion très prompte et très facile.

Exemples : vins vieux et généreux, vin de Bourgogne, vin d'Espagne, aromates, teinture, thériaque, liqueurs (première classe); gelées de viandes blanches, bouillons de poulet, chocolat, pain (deuxième classe).

Anodyn, Vicq d'Azyr, 1790 : les anodyns sont tous les remèdes capables de calmer et de faire même cesser tout à fait les douleurs [...]. On ne donne vraiment ce nom, qu'au médicaments capables d'agir sur les nerfs, d'affaiblir et de diminuer leur sensibilité, et de calmer la douleur en assoupissant, pour ainsi dire, l'organe sensible qui la ressent, et qui en porte la sensation au cerveau. [Contrairement aux narcotiques], les véritables anodyns ne font qu'apaiser les douleurs sans occasionner un sommeil profond, s'ils font cesser la veille, c'est en donnant naissance au

calme, et en dissipant les souffrances qui écartent le sommeil.

Exemple : racines d'iris de florence, racines de nénuphar, feuilles de laitue, fleurs de coquelicot, œillet, safran, primevère, lys, têtes de pavot, semences d'anis.

Antiscorbutiques, Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes contre le scorbut.

Vicq d'Azyr, 1790 : il est peu de remèdes, parmi les spécifiques, qui aient des effets aussi marqués et qui méritent autant de confiance que les antiscorbutiques.

Exemples : acide sulfurique, oseille, citron, orange, vinaigre, végétaux aigris et fermentés, quinquina, fumeterre, racine de raifort, racines d'oignon, feuilles de houblon, de roquette, vin antiscorbutique, sirop antiscorbutique.

Antispasmodique, Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes contre la convulsion et les mouvements convulsifs.

Exemples : ammoniac ou alkali volatil, ambre gris, racine de pivoine, feuilles de mélisse, de menthe, fleurs de muguet, d'œillet, de tilleul, de stoechas, safran, camphre, gomme de résines, assa fétida, musc, teintures aromatiques, eaux distillées des plantes.

Apéritif, James, 1746 : médicaments qui, considérés par rapport aux parties solides du corps humain, rendent le cours des liqueurs plus libres au travers des vaisseaux qui les renferment, en détruisant et dissipant les obstacles qui pourraient s'opposer à la liberté de leur cours. Cet effet peut être produit par tout ce qui entretiendra la souplesse et la flexibilité des fibres dont les membranes vasculaires sont composées ; on doit ranger dans cette classe les émollients et les relâchants, principalement si l'on anime leur action par l'addition de quelque substance saline, active et pénétrante, et qu'on les emploie dans un degré de chaleur qui ne soit pas capable de dissiper leurs parties les plus volatiles. Ces médicaments non seulement entretiennent les vaisseaux dans un état de souplesse, mais en se mêlant avec les liqueurs ils leur donnent encore un degré de fluidité qui les met en état de circuler avec plus de liberté. Les apéritifs conviennent dans tous les cas où l'obstruction est ou la cause ou l'effet de la maladie ; ainsi leur usage est très salutaire dans la fièvre de lait qui survient aux femmes nouvellement accouchées, dans la période inflammatoire de la petite vérole ou dans le temps de l'éruption, ainsi que lorsque les pustules commencent à suppurer, etc. Les évacuants peuvent être compris sous le nom général d'apéritifs, parce qu'ils produisent l'effet de ces derniers d'après la façon qu'on les administre et le lieu où on les applique ; dans ce sens les diurétiques, les sudorifiques, les diaphorétiques, les

emmenagogues, les suppuratifs, les corrosifs, les caustiques etc appartiendront à cette espèce ; cette raison y range encore les résolutifs, qui en divisant les humeurs épaissies et les forçant à rentrer dans la route d'où elles s'étaient écartées, font à cet égard l'office des apéritifs.

Exemples : racine d'ache, d'asperge, de fenouil, de persil et de petit houx ; racines de garance, de chiendent, de chardon roland ; fleurs de mélions, de camomille.

Astringent, Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes qui ont la vertu de resserrer, de froncer les fibres et de rendre les pores plus petits, d'arrêter les hémorragies, les diarrhées et le cours immodéré des humeurs sur quelque partie. Les astringents resserrent les fibres des vaisseaux en absorbant les humidités qui se trouvent et les chairs et les fibres des vaisseaux.

Vicq d'Azyr, 1790 : les astringents diffèrent des stimulants et des fortifiants, en ce qu'ils n'augmentent pas fortement les mouvements, et n'excitent point promptement les forces, mais produisent dans les fibres un rapprochement, un resserrement qui diminue leur volume, et que l'on connaît sous le nom d'astriction.

Exemples : alun, sulfate de fer, sulfate de zinc, eaux minérales ferrugineuses, écorce de chêne, quinquina, fleurs de roses rouges, pommes, sirop de coing.

Calmant, Vicq d'Azyr, 1792 : les remèdes propres à ralentir et apaiser le mouvement trop considérable des fibres, constituent spécialement la classe à laquelle on a donné le nom de calmant. En général, plusieurs des médicaments appartenant à toutes les autres classes peuvent opérer cet effet, lorsqu'ils sont capable de détruire la cause qui produit ce mouvement trop actif ; ainsi s'il est dû à une trop grande tension des fibres, les relâchants calmeront en détruisant cet état. Si au contraire le mouvement déréglé des muscles est dû à quelque évacuation ou à la faiblesse, les réhaussants et les stimulants les apaiseront. Ce n'est pas dans un sens si général que nous entendons ici le mot de calmant ; nous ne l'appliquons qu'aux substances qui agissent d'une manière rapide sur tout l'organe sensible, qui en ralentissent et tendent même à en détruire entièrement l'action. Ce n'est donc que sur le symptôme que ces remèdes agissent ; ils ne sont presque jamais que des palliatifs. Ce n'est que lorsque la trop grande mobilité donne naissance à des accidents graves qu'on doit se permettre de les administrer [...]. On les distingue en général en cinq classes ; savoir les parégoriques ou ceux qui sont appliqués à l'extérieur apaisent la douleur ; les antispasmodiques dont l'effet est de calmer le spasme et la convulsion ; les anodins qui donnés à l'intérieur font cesser la douleur sans produite d'autres effets sensibles, et se rapprochent des parégoriques ; les hypnotiques qui administrés de la même manière que les

derniers, calment les douleurs en procurant un léger sommeil ; et les narcotiques qui détruisent les mêmes symptômes et produisent en même temps un sommeil profond. Ces derniers sont de véritables poisons ; lorsqu'on les donne à une dose trop forte, ils arrêtent les fonctions du cerveau, de la moelle allongée et des nerfs.

Exemples : safran ; différentes espèces de pavot (suc qu'on appelle opium) ; cynoglosse, plantes chicoracées, laudanum liquide, sirop de diacode.

Lavoisien, 1793 : on donne cette épithète aux remèdes qui calment les douleurs, ou qui dissipent les sensations fâcheuses causées par des humeurs ou des remèdes trop âcres.

Carminatifs, Vicq d'Azyr, 1792 : on donne le nom de carminatifs aux remèdes propres à calmer les douleurs qui proviennent de la présence de l'air, ou de quelque fluide aériforme dans les premières voies.

Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes qui dissipent les vents et les flatuosités de l'estomac et des intestins.

Exemples : racines d'iris, feuilles d'estragon, fleurs d'oranger, fleurs de sauge, de sureau, girofle, cumin, fenouil, spiritueux, vins amers.

Cordial, Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes qui fortifient le cœur et rétablissent les forces. Voir Cardiaque : remèdes qui fortifient le cœur, rétablissent le ressort des solides, raniment les esprits, facilitent la circulation du sang.

Vicq d'Azyr, 1792 : les anciens ont donné le nom de cordiaux aux remèdes qui ont la propriété de relever subitement les forces abattues des malades, et qui paraissent augmenter le mouvement du cœur et des artères [...]. Par une puissance stimulante et irritante, les cordiaux réveillent l'oscillation et la contraction des solides, ils raniment et accélèrent la circulation, ils augmentent la vitesse du pouls, ils produisent de la chaleur.

Exemples: racine d'angélique, bois de gayac, écorce de canelle, écorce de citron et d'orange, feuilles de menthe, de sauge, de romarin, de basilic, de chardon béni, fleurs d'oeillet, de staechas, l'anis, le musc, les vins rouges et forts, l'eau de vie, les teintures, l'eau thériacale.

Délayant, Vicq d'Azyr, 1792 : les délayants sont tous les remèdes capables de dissoudre les humeurs et les matières épaissies, de leur donner une plus grande fluidité que celles dont elles jouissent, de leur fournir en un mot, un véhicule qui les fasse couler facilement à travers des vaisseaux et des émonctoires qu'elles remplissent et d'en procurer ainsi la sortie ou l'évacuation.

Cette définition suppose que les fluides épaissis qu'on se propose de délayer par les remèdes qui nous occupent ici, ont une dissolubilité ou une miscibilité parfaite avec l'eau, car la base de tous les délayants possibles est de l'eau, et c'est à ce liquide que tous ces médicaments doivent leurs vertus [...]. On conçoit que ces remèdes peuvent non seulement être utiles en augmentant la fluidité des humeurs épaissies, mais encore en diminuant leur acrimonie, en étendant pour ainsi dire, les sels qui s'y sont développés par la stase et la fermentation qu'elles ont éprouvées, de sorte que sous ce point de vue, les délayants deviennent des adoucissants. Enfin, ces effets sont accompagnés d'un relâchement dans les fibres des solides, et souvent suivis d'évacuations des humeurs devenus plus fluides par divers émonctoires ; de sorte que les délayants agissent presque toujours comme les relâchants, les affaiblissants, les calmants, les laxatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, etc. [...].

Ces remèdes tempèrent l'ardeur de la fièvre, apaisent la soif, et peuvent être rangés dans la classe des antiphlogistiques et des rafraîchissants [...], ils suffisent souvent seuls dans le traitement de la plupart des maladies aiguës et inflammatoires. On commence souvent la cure des affections chroniques par leur usage ; il en est même plusieurs telles que les maladies nerveuses ou spasmodiques, accompagnées de tension et de sécheresse qu'ils guérissent entièrement. Nous devons ajouter à ces considérations générales, que l'usage des délayants trop longtemps continué ou trop fréquent peut-être nuisible. Cet usage est même devenu un abus dans la pratique de la médecine et les jeunes médecins doivent en être prévenus. Donnés avec cette sorte de profusion, les délayants énervent les forces de l'estomac, rendent les digestions lentes et pénibles, occasionnent des vents, et produisent peu à peu tous les maux que traîne après elle la faiblesse de ce viscère.

Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes qui rendent les humeurs plus fluides, en écartant les parties unies, serrées, et mettant entre elles un liquide qui les tient plus séparées. Le principal délayant est l'eau.

Exemples : eaux douces et pures (eaux de sources, eaux de fontaine, eaux minérales insipides, eau chaude), infusions légères des feuilles, des racines et des tiges, des fleurs et des semences douces et fades (pourpier, laitue, séneçon), petit lait doux, eau de veau, eau de poulet, bouillon léger de cuisses de grenouilles ; bains tièdes.

Diaphorétique, James, 1747 : remèdes qui excitent la transpiration.

Digestifs, Vicq d'Azyr, 1792 : on nomme digestifs les médicaments qui appliqués sur les

blessures ou les ulcères, les disposent à fournir un bon pus ; ce qui a lieu en prévenant l'âcreté des fluides, en arrêtant leur altération, et en entretenant les vaisseaux excréteurs dans le degré de mollesse et de flexibilité convenable [...]. On les confond souvent avec les maturatifs et les suppuratifs.

Lavoisien, 1793 : on appelle remèdes digestifs, ceux qui facilitent la digestion des aliments dans l'estomac, et celle des humeurs dans tous les vaisseaux du corps. Se dit aussi en terme de chirurgie, d'une espèce d'onguent ou de liniment qu'on applique pour en mûrir la matière, et la préparer à la suppuration.

Exemple : térébenthine, jaune d'œuf, huile de rosat ou d'hypericum

Emollient, Vicq d'Azyr, 1792 : les émoullients sont des substances fades que l'on applique à l'extérieur pour relâcher et détendre les parties, ils sont aussi appelés relâchans, tempérans et humectans. On les emploie lorsqu'ils y a douleur, chaleur, tension, gonflement, sécheresse dans les tumeurs inflammatoires, etc. En considérant tous les médicaments dont on fait usage pour remplir ces indications, on reconnaît qu'ils doivent leurs propriétés à leur humidité et leur chaleur. La plupart ne doivent être regardés que comme des matières molles, d'un tissu lâche et spongieux, qui retiennent une grande quantité d'eau [...]. On fait bouillir ces substances dans l'eau ou dans le lait ou bien on les cuit avec une petite quantité de ces fluides. Elles se ramollissent et forment la plupart une bouillie épaisse que l'on applique sous le nom de cataplasme, sous la partie souffrante ; les vapeurs aqueuses et chaudes qui s'en élèvent, produisent tous les effets qu'on leur reconnaît,

Exemples : racine de mauve, de guimauve, oignon de lys, feuilles des mêmes plantes, de mercuriale, de pariétaire, de violette, de bouillon blanc, de pourpier, de joubarbe ; graines de lin, de fenu-grec, d'orge, de riz, de lupin ; mie de pain ; vapeur d'eau ; également mucilages, huiles douces, beurre, graisses, avec une action différente.

Fondant, Vicq d'Azyr, 1793 : on donne le nom de fondant de la lymphe ceux des atténuants qui ont la propriété d'agir, d'une manière particulière, sur cette humeur, et d'en résoudre avec facilité les concrétions. Il existe un grand nombre de maladies chroniques dans lesquelles la lymphe est spécialement altérée. La plupart de ces altérations dépendent, à ce qu'on croit, d'une âcreté diverse contractée par des sucs alimentaires mal élaborés, par la stase qu'elle éprouve dans ses vaisseaux, ou par un virus étranger introduit dans le système absorbant. Cette âcreté est constamment accompagnée d'un épaissement remarquable, qui donne bientôt naissance à des

engorgements dans les vaisseaux et dans les glandes lymphatiques. On observe ce engorgements derrière et au bas de l'oreille, sous les mâchoires, dans le col, sous l'aisselle, dans l'aîne, etc., et à la suite des affections vénériennes, scrophuleuses, rachitiques etc.

Lavoisien, 1793 : on appelle remèdes fondans, ceux qui fondent et dissolvent les humeurs épaissies ou coagulées.

Exemples : athiops martial, aquila alba, alcali purs ou caustiques, mercure, sublimé corrosif, eaux minérales alcalines, la squine, la salsepareille, le gayac, l'assa foetida.

Lénitif, Lavoisien, 1793 : ce qui adoucit, ce qui calme les humeurs en relâchant et humectant, et ce qui détruit l'acrimonie des humeurs, en enveloppant ou en délayant leur sels. On donne aussi ce nom à un électuaire mou, parce qu'il purge doucement en adoucissant.

James, 1747 : sans acrimonie, adoucissant, ou laxatif.

Maturatif, Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux remèdes qui disposent les humeurs à suppurer et à se rassembler en un seul foyer.

Minoratifs, James, 1747 : évacuation légère et modérée, qui ne fait que diminuer la quantité des humeurs, sans y exciter de trouble ou de mouvement considérable.

Narcotiques, James, 1747 : les narcotiques sont des remèdes somnifères qui produisent la stupeur [...], ceux qui par une vapeur subtile, nuisible et ennemie de la nature, diminuent simplement ou empêchent entièrement le mouvement, et le sentiment des parties solides. Les narcotiques comprennent les somnifères les plus violents.

Exemples : pavot, mandragore, jusquiame, belladone, stramonium.

Purgatifs, Lavoisien, 1793 : ce mot prend en général toutes sortes de remèdes qui évacuent les humeurs par les différentes voies des sécrétions [...]. Mais on entend le plus souvent et plus particulièrement par ce terme, ceux qui les font sortir par les selles : ils s'appellent proprement cathartiques.

Cathartiques : on appelle remèdes cathartiques, tous les médicaments, tant simples que composés, qui évacuent les humeurs par les selles. Il y en a de bénins, de médiocres et de violents. Les bénins purgent doucement : on les nomme minoratifs. Les médiocres purgent plus fortement. Les derniers vident copieusement, et portent le nom de drastiques.

James, 1748 : voir cathartica : on entend ordinairement par cathartiques des remèdes purgatifs, mais son acception s'étend aussi aux vomitifs ou émétiques [...]. Les cathartiques agissent particulièrement des deux manières suivantes, ou en irritant les tuniques des intestins comme avec une espèce d'aiguillon, ou en communiquant au sang un mouvement plus prompt [...]. Par l'irritation, les cathartiques non seulement expriment des glandes une plus grande quantité de lymphe, mais ils déterminent encore l'humeur à y porter, en leur rendant la sortie plus facile par cette voie, que par aucun autre passage du corps. [...] Nous appelons remèdes lénitifs ou laxatifs, ceux [...] qui rendent le ventre libre en agissant sûrement, doucement, et sans offenser aucunement l'estomac et le système nerveux. Nous entendons au contraire par purgatifs, ceux qui évacuent les matières contenues dans les intestins d'une manière plus efficace et plus forte.)

Exemples : faibles : manne, rhubarbe, casse, bais de noirprun, raisins, fleurs et graines de violette, nitre, lait d'ânesse, petit lait, terre foliée, mercure doux, chardon, fleurs de roses et de violettes ; forts : racine de jalap, iris, lin, turbith, écorce de sureau.

Relâchants, Vicq d'Azyr, 1793 : on donne ce nom aux médicaments auxquels on accorde la propriété de détendre la rigidité des tissus, ou de diminuer la tonicité exaltée ou naturelle des parties. Les relâchants ne sont pas distincts des délayants, des émollients, et de ce que l'on appelle les antiphlogistiques, dans le plus grand nombre des cas. Quelquefois ils consistent en doux laxatifs, en fumigations appropriées et autres moyens plus ou moins propres à procurer le relâchement. Par l'action des relâchants on fait cesser la rétention de certaines excréctions, comme les selles, les urines, la bile etc. ; on facilite l'absorption de certains corps, en faisant cesser la rigidité des vaisseaux absorbants, etc. L'âge est le plus grand des relâchants : il amollit, détend nos tissus, les avachit, comme on dit, leur donne une flaccidité à laquelle rien ne peut remédier, et qui annonce la vieillesse, la décrépitude et la fin plus ou moins prochaine de l'existence.

Stomachique, James, 1748 : les stomachiques sont des remèdes qui fortifient le ton de l'estomac et des intestins, remèdes qui comprennent aussi les carminatifs.

Lavoisien, 1793 : médicaments propres à fortifier le ton de l'estomac, et à faciliter la digestion.

Exemples : racines de gentiane, écorces d'oranges, de citron, poivre, gingembre, camomille romaine, menthe, chardon béni, esprit de sel et de nitre dulcifié.

Stupéfiant (Lavoisien, 1793) : c'est la même chose que narcotique.

Styptique (Lavoisien, 1793) : épithète que l'on donne aux remèdes qui arrêtent les hémorragies, en crispant les vaisseaux sans faire d'escarre, et en coagulant le sang qui y est contenu.

James, 1748 : remèdes qui arrêtent les hémorragies.

Exemple : alcool, sel.

Sudorifique, James, 1748 : remèdes qui provoquent la sueur. Voir Diaphorétique.

Suppuratif, Lavoisien, 1793 : épithète que l'on donne aux médicaments qui, étant appliqués sur le corps vivant, changent en pus les humeurs arrêtées.

Tonique, James, 1748 : Tonicos : Galien donne cet épithète aux applications externes qui augmentent la force, la vigueur et l'élasticité des parties. On la donne aussi aux remèdes internes qui produisent le même effet.

Vésicatoire, Lavoisien, 1793 : remède topique qui ulcère la peau et fait élever des vessies pleines de sérosités. Les cantharides sont ordinairement la base des vésicatoires.

James, 1748 : voir Cantharides

Vomitif / Emétique, Vicq d'Azyr, 1792 : on donne le nom d'émétique ou vomitifs à des médicaments qui ont la propriété d'exciter une convulsion de l'estomac, de manière que ce viscère se contractant de bas en haut, pousse par le cardia et l'œsophage les matières qu'il contient dans sa cavité.

Exemple : eau tiède avec sucre ou huile, huile grasse, beurre, feuilles de tabac, fleur et graine d'aneth, safran, vin émétique, mercure, turbith minéral, ipécacuanha, écorce de sureau. émétique, mercure.

GALENIQUE / VOIE D'ADMINISTRATION

Apozème, Lavoisien, 1793 : c'est une décoction de différentes plantes, racines, feuilles, fleurs, fruits, semences, bois etc, édulcorée avec du sirop, du sucre ou du miel, clarifiée et quelquefois aromatisée. Il diffère du julep, en ce que le julep se fait avec des eaux distillées ; il diffère aussi de la tisane, en ce qu'elle n'est point édulcorée. Il y a des apozèmes altérants, purgatifs, amers, apéritifs, fébrifuges, béchiques, céphaliques, hystériques etc. selon les indications des maladies et les vertus des ingrédients.

Bain, Vicq d'Azyr, 1790) : le bain est un médicament externe qui, sous la forme de liqueur ou de vapeur, sans aucun véhicule, baigne la surface extérieure du corps humain pour le soulager. Il y a donc deux sortes de bains, l'un humide et l'autre vapoureux ; l'un et l'autre est universel ou particulier, suivant qu'on l'emploie pour toute la surface du corps ou pour une partie seulement [...]. La matière du bain général ou particulier est une liqueur médicinale quelconque, très délayée, convenable au but qu'on se propose.

Exemple : eau simple, eau salée, lait, vin, huile, vinaigre, alun, sulfate de fer, soufre.

Bol, Vicq d'Azyr, 1792 : le bol est un médicament interne, mou, consistant, un peu plus épais que le miel ; sa quantité est égale à celle d'une petite bouchée. [...] La matière du bol est tout ce qui est propre à être pris intérieurement, et peut, seul ou mêlé avec d'autres, prendre la consistance requise. [...] Les matières sèches, ou les liquides seuls, ne conviennent point ; il faut y mêler quelque chose de mou, qui serve à donner la consistance. [...] Ces ingrédients se nomment excipients, parce que mêlés avec les premiers, ils donnent au bol la forme par eux-même.

Lavoisien, 1793 : Bol est un remède pour l'intérieur, mou, cohérent, un peu plus épais que le miel, et dont la quantité est une petite bouchée, d'où vient son nom : car bolus veut dire morceau.

Cataplasme, Lavoisien, 1793 : on entend par cataplasme, un topique ou remède externe, de consistance molle en forme de bouillie, composé de différentes parties de plantes, d'animaux, de minéraux, c'est à dire, de farines, de pulpes, d'onguents, de graisse, d'huile, de fleurs, de fruits, de gomme, de poudre et d'autres médicaments. De là vient qu'il y a différentes sortes de cataplasmes, en égard de la matière dont ils sont composés, d'anodyns, d'émollients, de résolutifs, de digérants, de suppuratifs, de corroboratifs et d'antiseptiques.

Vicq d'Azyr, 1792 : on les prescrit toujours par une formule extemporanée, appropriée à la circonstance de la maladie.

Confection, Lavoisien, 1793 : espèce d'électuaire mou, d'une consistance un peu plus épaisse que celle du miel cuit, inventé pour réunir, par le mélange et la fermentation, les qualités de plusieurs mixtes, et en faire un remède plus parfait.

Décoction, Lavoisien, 1793 : la décoction est la cuisson d'une ou de plusieurs drogues que l'on fait bouillir dans de l'eau, du vin, du lait, ou dans quelque autre liqueur, pour en extraire la vertu, ou pour les ramollir, en sorte qu'on puisse en tirer les pulpes. Décoction se prend aussi pour la liqueur imprégnée de la vertu des médicaments qu'on y a fait bouillir.

Embrocation, Lavoisien, 1793 : espèce d'arrosement ou de fomentation qu'on fait en pressant entre les mains sur quelque partie malade une éponge, de la laine, des étoupes, ou du linge trempé dans des huiles simples ou composées, des décoctions, du lait, de l'oxycrat, de l'oxyrrhodin, ou autre liqueur, en appliquant ensuite les remèdes avec de la laine ou des compresses qui en sont imbibées. On fait des embrocations pour prévenir ou détourner une fluxion, pour ramollir, résoudre, calmer, rafraîchir, fortifier, resserrer.

Vicq d'Azyr, 1792 : les embrocations se font, en arrosant certaines parties malades avec des eaux simples ou composées, avec des huiles, des baumes, des onguents. On les emploie surtout lorsqu'on veut diminuer la trop grande tension des organes.

Emplâtre, Vicq d'Azyr, 1792 : remède topique d'une consistance solide, capable d'être ramolli par une très légère chaleur, et qui dans cet état peut s'étendre aisément sur une peau ou sur une toile, s'appliquer exactement à la peau et y adhérer plus ou moins. Les matériaux des emplâtres sont différentes matières grasses et visqueuses, les graisses de divers animaux, les huiles, les résines, les baumes, la cire, la poix, les gommés-résines, les chaux de plomb qui sont solubles sur les huiles, auxquelles elles donnent de la consistance.

Lavoisien, 1793 : cette composition est la plus solide de toutes celles qui s'appliquent extérieurement. Elle a été inventée pour avoir un remède qui put rester plus longtemps sur la partie offensée, sans perdre la vertu.

Fomentation, Vicq d'Azyr, 1793 : la fomentation est l'application chaude d'un épithème liquide.

Cette application se fait ordinairement avec de la flanelle mise en double, qu'on trempe dans la liqueur et qu'on exprime ensuite.

Lavoisien, 1793 : il y a des fomentation sèches, qui sont des sachets de différentes drogues, qu'on ne fait point bouillir : on se contente de les arroser quelquefois de vin, de vinaigre, d'eau de vie, ou d'autre liqueur.

Friction, Lavoisien, 1793 : l'action de frotter le corps ou quelques unes de ses parties. Il y a deux sortes de frictions ; de sèches et d'humides. Les frictions sèches se font avec les mains ou avec des linges ou des morceaux d'étoffe chauds. [...] Les frictions humides se font avec des huiles, des liniments, des onguents, pour la guérison ou le soulagement de quelque maladie. Telles sont les frictions qu'on fait avec l'onguent mercuriel, pour guérir la vérole et les maladies vénériennes.

Infusion, Lavoisien, 1793 : opération de pharmacie, par laquelle on met tremper un médicament dans quelque liqueur chaude pour en tirer la vertu. L'infusion est la liqueur imprégnée de la vertu des médicaments qu'on y a fait infuser.

Julep, Vicq d'Azyr, 1798 : le julep est une sorte de mixture très délayée et très liquide, claire et transparente, composée de substances d'une couleur, d'une saveur et d'une odeur agréables, que l'on fait prendre aux malades en plusieurs doses, ordinairement trois ou quatre, et par portions de verre ou par petites verrées à la fois. Le mot julep est tiré d'un mot persan qui signifie potion douce ; le mot julebi des arabes s'applique aux sirops.

Lavoisien, 1793 : un julep est un remède liquide, composé de quelques liqueurs distillées, édulcoré avec du sirop ou du sucre ; c'est une préparation extemporanée, sans décoction, qu'on divise en trois ou quatre doses, et par laquelle on se propose la coction ou l'altération des humeurs, ou le rétablissement de la santé.

Lavement, James, 1747 : remède liquide que l'on injecte par l'anus, pour la cure de différentes maladies auxquelles le corps humain est sujet. Les [lavements] sont d'usage, premièrement, dans le cas d'une constipation opiniâtre ; secondement, pour apaiser les douleurs qui naissent de la colique, du calcul, de la dyssenterie, des hémorroïdes, et des autres maladies du bas ventre ; troisièmement pour faire un révulsion de la tête dans la léthargie, l'apoplexie, le délire, la phrénésie, et les autres maladies de la tête ; quatrièmement pour hâter l'accouchement, soit que le fœtus soit mort ou vivant, surtout si la mère est constipée, pour évacuer les vuidanges quand

elles adhèrent trop fortement à la matrice, ou qu'elles sont trop longtemps à sortir ; cinquièmement, les [lavements] ne contribuent pas peu à la nourriture de ceux, qui en conséquences d'une déglutition affaiblie, ou totalement détruite, ne mangent que très peu, ou point du tout. On peut employer pour cet effet, des liqueurs nourrissantes, telles que le bouillon de viande, le lait, ou la bière douce, les tisanes d'orge et d'avoine. [...] Les lavements sont des remèdes domestiques aisés à préparer, et ne sont que des décoctions de médicaments appropriés au but que le Médecin se propose, et qu'on fait entrer dans les intestins par l'orifice de l'anus, au moyen d'une seringue. [...] Suivant l'intention du médecin on compose les lavements avec divers remèdes. [...] Les indications curatives se réduisent à quatre objets principaux, d'attirer, évacuer, fortifier et calmer.

Liniment, Lavoisien, 1793: c'est tout ce qui sert à oindre et frotter quelque partie [...]. En particulier c'est un remède topique ou médicament externe, de consistance moyenne entre l'huile et l'onguent, dont on oint les différentes parties du corps avec différentes intentions. Les ingrédients propres pour la composition des liniments sont les huiles, les graisses, les baumes, et tout ce qui entre dans les onguents et les emplâtres.

Lotion, Lavoisien, 1793: liqueur dont on lave les pieds, les mains, la tête, les plaies, les ulcères. Il y en a de rafraîchissantes, d'adouçissantes, de somnifères, de détersives, etc. suivant les indications. [C'est aussi] une opération de pharmacie, qui se fait en lavant quelque médicament dans de l'eau ou dans quelque liqueur convenable, soit pour le nettoyer de ses ordures, soit pour l'édulcorer et l'adoucir.

Onguent, Lavoisien, 1793: médicament externe, onctueux, de consistance moyenne entre le liniment et l'emplâtre, composé d'huile, de graisse de cire, de mucilage, de suif, de moelle, ou d'autres matières semblables, auxquels on ajoute souvent des plantes, des animaux, des minéraux. Les onguents sont fort en usage pour les tumeurs, les plaies, les ulcères, ou pour oindre les parties dans plusieurs maladies externes.

Exemple : onguent mercuriel.

Opiat, James, 1748: les anciens donnaient avec raison le nom d'opiates aux médicaments dans la composition desquels il entre de l'opium, ou tel autre ingrédient narcotique : mais on le donne aujourd'hui par abus aux remèdes préparés sans l'opium, soit corroboratifs, altérans, ou purgatifs,

à cause seulement de leur consistance qui ressemble à celle de la thériaque et des autres opiat de même nature [...]. L'opiat est un médicament de consistance plus épaisse que le sirop, et qui de même que la véritable thériaque préparée avec l'opium, n'a presque point de fluidité. Elle est composée de plusieurs ingrédients qu'on lie avec du miel ou du sirop, et l'usage en doit être continué pendant longtemps.

Pilule, Lavoisien, 1793 : médicament sec en forme de petite boule, qu'on avale tout entier, enveloppé de pain à chanter, de feuille d'or ou d'argent, ou de poudre de réglisse, pour en éviter le goût et l'odeur. [...] Elles sont composées de différentes poudres incorporées dans du sirop, du miel, du mucilage, de l'extrait, ou quel qu'autre corps liquide et visqueux, propre à en faire la liaison.

James, 1748 : cette forme convient principalement aux choses qui seraient insupportables au goût si on les prenait d'une autre manière [...]. Mais comme cette forme est ordinairement très difficile à prendre, on ne doit l'employer que le moins possible, et seulement pour des remèdes qu'il serait impossible d'avaler sans ce moyen à cause de leur mauvais goût ; encore faut-il qu'ils aient assez d'efficacité pour agir à la dose de quatre ou cinq petites pilules.

Exemple : pilule mercurielle, pilule de savon.

Pommade, Lavoisien, 1793 : espèce d'onguent fait avec des graisses et des pommes, d'où vient son nom. Aujourd'hui on en fait de différents ingrédients.

Potion, James, 1748 : médicament liquide qu'on peut boire d'un seul trait.

Saignée, Lavoisien, 1793 : la saignée est une opération par laquelle on tire du sang d'un vaisseau, par le moyen d'une ouverture qu'on y fait avec un instrument tranchant.

James, 1748 : il n'y a point de secours plus efficace ni plus prompt pour prévenir beaucoup de maladies aiguës et chroniques, que la saignée bien appliquée, ou faite avec prudence. Car l'on sait combien de maladies graves et dangereuses naissent de la trop grande quantité du sang, et de la diminution, ou de la suppression des évacuations critiques qui se font dans les personnes du sexe par les vaisseaux de l'utérus, et dans les deux sexes, et surtout dans les hommes par les vaisseaux hémorroïdaux. La plénitude des vaisseaux retardant, et empêchant l'égalité et la liberté de la circulation du sang, est une cause très puissante et une occasion très prochaine d'amas d'humeurs impures, de stagnations, d'engorgements, d'obstructions, de stases funestes, et même

de rupture des vaisseaux et d'épanchement des liqueurs.

Sirop, Lavoisien, 1793 : médicament liquide, doux et agréable, dont la consistance est telle que, si l'on en fait tomber une goutte sur un marbre, elle ne s'étendra point, fait de suc, d'infusions, de décoctions, de teintures ou d'eaux distillées, avec du sucre, quelquefois avec du miel.

Teinture, James, 1748 : on comprend généralement sous le nom de teinture, toutes les choses d'une nature volatile et d'un tissu léger, qui communiquent facilement leurs propriétés aux liqueurs spiritueuses.

Lavoisien, 1793 : extrait liquide des mixtes, chargé de leur couleur et de leur vertu, et séparé de leur parties grossières, fait par le moyen d'un menstrue convenable. Les menstrues aqueux sont propres pour extraire les parties salines et gommeuses des médicaments. Les spiritueux et sulphureux, les salin et alcalis conviennent pour en dissoudre les parties sulphureuses et résineuses.

Tisane, Lavoisien, 1793 : nous entendons par tisane une boisson faite avec des semences, des racines, des fleurs, des fruits, des bois, ou quelquefois des médicaments tirés des animaux et des minéraux, lesquels ingrédients on fait bouillir légèrement dans l'eau, ajoutant sur la fin un peu de réglisse. Il y a des praticiens qui ne la font point bouillir ; ils se contentent seulement de la faire infuser comme du thé, prétendant qu'elle est beaucoup plus légère et qu'elle se digère plus facilement.

SUBSTANCES

alkali volatil, Vicq d'Azyr, 1790 : substance saline, d'une saveur âcre, caustique et brûlante. On la retire par la décomposition des matières animales, et de quelques substances végétales, et par la putréfaction de toutes ces substances. L'alkali volatil s'unit parfaitement à l'eau, avec laquelle il a beaucoup d'affinité. On donne avec succès l'alkali volatil dans quelques maladies vénériennes.

aquila alba, Vicq d'Azyr, 1790 : le nom alchimique et symbolique d'alquila alba, aigle blanc, a été donné au muriate de mercure doux, sublimé trois fois.

arundo : canne de provence, graminée de grande taille

assa foetida : plante herbacée vivace

athiops martial = ethiops martial (Vicq d'Azyr, 1793) : espèce d'oxide de fer noir.

bardane : plante herbacée annuelle

bellote : sous espèce de chêne vert, familière du bassin méditerranéen

camphre, Vicq d'Azyr, 1792 : le camphre est une matière blanche, concrète, cristalline, d'une odeur et d'une saveur fortes, qui se rapproche des huiles volatiles. Les chimistes, par un grand nombre d'observations, regardent le camphre comme un principe immédiat des végétaux, ils pensent qu'il existe dans toutes les plantes très odorantes, qui contiennent de l'huile volatile [...]. Le camphre dont on se sert en médecine est retiré d'une espèce de laurier qui croît en Chine, au Japon, et dans les îles de Bornéo, de Sumatra, de Ceylan, etc. [...]. On l'obtient par la distillation.

cantharides : espèce d'insectes coléoptères

casse : plante de la famille des fabacées

castoreum, Vicq d'Azyr, 1792 : le castoreum est une matière animale résineuse, gélatineuse, d'une odeur et d'une saveur forte et désagréable, qui se trouve dans des poches particulières, situées entre les cuisses postérieures du castor.

catholicum double, Vicq d'Azyr, 1792 : le mot de catholicum double est spécialement employé pour désigner un électuaire purgatif, fort en usage, et dont les médecins font en général assez de cas. C'est un composé de rhubarbe, de séné, de tamarins et de casse, avec le sucre, la réglisse, le polypode, la scolopendre, les semences de fenouil et les semences froides.

charpie, Lavoisien, 1793 : filets de vieille toile qui servent à faire des plumaçons sur lesquels les chirurgiens mettent leur poudre ou étendent leurs onguents pour les appliquer sur les parties malades, ou pour absorber les humeurs superflues des ulcères en les mettant dessus.

chiendent : plantes herbacées très communes

cinnabre, Vicq d'Azyr, 1792 : le cinnabre est une combinaison de soufre et de mercure [...]. Il est en pains sublimés, de plusieurs pouces d'épaisseur, formé des stries aiguillées serrées les unes contre les autres, d'un rouge vif.

contrayerva, James, 1747 : c'est une racine longue et noueuse, environnée de tous côtés de petites fibres très déliées, de couleur brune, rougeâtre-claire par dehors, et blanche en dedans, d'une odeur aromatique agréable mais d'un goût assez faible. On nous l'apporte des indes espagnoles, et l'on assure qu'elle croît au Pérou.

crystal minéral, Vicq d'Azyr, 1792 : on nomme très improprement cristal minéral, le nitrate de potasse ou nitre ordinaire, fondu et coulé en plaque.

diacode, Vicq d'Azyr, 1792 : le diacode est un médicament composé de têtes de pavot, de carouge, de racines de réglisse, de guimauve et de sucre ; il a la consistance d'un sirop, et possède à un haut degré les propriétés adoucissantes, béchiques et pectorales.

fleurs de zinc, Lavoisien, 1793 : fleur : se dit, en terme de chimie, des parties les plus subtiles des corps, sous une forme sèche, séparées des plus grossières, qui se subliment par le moyen du feu et s'attachent au haut de l'alambic.

follicules, Lavoisien, 1793 : enveloppe légère ou couverture membraneuse, sous laquelle sont contenues les graines ou semences des plantes.

fumeterre : plantes de la famille des fumariacées

gallium luteum : gaillet à feuilles d'asperge

gayac : bois brun verdâtre très dur

ipécacuanha : espèce d'arbrisseaux des vallées forestières d'Amérique du sud

jalap : ipomoea purga, espèce de plante originaire du Mexique et d'Amérique centrale

laudanum, James, 1747 : on donne en général le nom de laudanum, à toutes les préparations d'opium sous quelque forme qu'elles soient, liquides ou solides.

manne : exsudation sucrée provenant du frêne

mucilagineux, Lavoisien, 1793 : qui tient du mucilage, liqueur épaisse, visqueuse et gluante, tirée de différentes semences et racines.

noirprun : nerprun, genre d'arbuste de petite taille

oxymel, Lavoisien, 1793 : mélange de miel et de vinaigre

rhue : ruta graveolens, arbrisseau

serpentinaire de virginie : plante vivace

squine : plante d'Asie orientale de la famille des liliacées

staechas / stoechas : espèces de lavande

sublimé corrosif, Lavoisien, 1793 : on entend par sublimé le mercure élevé au haut d'un matras par le moyen d'un feu de sable : il est de deux sortes ; le sublimé corrosif, qui est un poison et un puissant escharotique ; et le sublimé doux, qui est un cathartique fondant.

tafia : eau de vie avec mélasse de canne à sucre et sirops

terre foliée, Lavoisien, 1793 : tartre préparé avec du vinaigre distillé

turbith minéral, Vicq d'Azyr, 1792 : nom ancien du sulfate de mercure jaune, autrefois employé comme fondant, émétique, anti-syphilitique.

OBSERVATIONS

EXEMPLES D'OBSERVATIONS ISSUES DE L'ECHANTILLON

Les textes sont transcrits en français moderne.

Cas n° 3 :

Tome 1 – Section Histoire – Médecine pratique, 1776 Sur le squirre du pylore, par M. Andry

« Je passe maintenant à l'histoire de quelques malades que j'ai vus et je soupçonne tous d'avoir été attaqués d'obstruction ou de squirre au pylore.

Le premier de ces malades demeurait à Cliancourt, et était intendant des chasses de M. le prince de Soubise. Cet homme avait soixante-quinze ans. Il était depuis longtemps sujet à des douleurs de goutte et il en eut une attaque le 25 décembre 1776. Elle se manifesta au pied gauche, et dans le même temps le malade ressentit un poids considérable à l'estomac, surtout lorsqu'il avait mangé. La douleur qu'il éprouvait au pouce du pied gauche, se dissipa quinze jours après ; mais tous les quatre ou cinq jours, elle revenait et tourmentait de nouveau le malade pendant deux jours. La douleur, ainsi que le poids qu'il avait ressenti à l'estomac, continuait et augmentait ; il dépérissait et devenait faible de plus en plus ; enfin les vomissements parurent et le chirurgien qui le traitait demanda un médecin. Lorsque je vis la couleur des matières vomies, j'annonçai une obstruction au pylore ; cet homme était pâle, décharné, ses extrémités étaient froides et il n'allait que rarement à la garde-robe. On me dit que c'était l'humeur de goutte qui s'était portée sur l'estomac, et on proposa la saignée du pied. La faiblesse dans laquelle il était, me fit rejeter ce remède. Depuis quatre mois, il mettait deux fois par jour les pieds dans l'eau ; on l'avait saigné deux fois du pied dans son attaque de goutte du mois de décembre 1776, et tous ces remèdes n'avaient fait que l'affaiblir. Je conseillais des lavements nourrissants et une boisson adoucissante et légèrement acidulée, ainsi que quelques tranches d'orange pour rafraîchir la bouche du malade, qui éprouvait une soif ardente. Comme on m'objectait toujours l'humeur de goutte, j'ordonnai l'application de moutarde et de l'ail aux deux pieds. Le lendemain, la douleur produite par le sinapsisme (sic) avait relevé le pouls, comme le malade n'avait pris la boisson que j'avais conseillé que par cuillerées, il n'avait vomi que très peu ; on vantait déjà l'efficacité du topique ; mais dans l'instant il vomit abondamment des matières d'un brun roussâtre, visqueuses et de mauvaise odeur. Je laissais déposer ces matières, et une demi-heure après, en les faisant

transvaser, j'aperçus au fond du vaisseau du sang et des portions de membranes, que je conjecturais appartenir à la membrane veloutée de l'estomac. M. Sotereau, chirurgien de M. le prince de Soubise, qui m'avait accompagné, examina les matières rendues par le vomissement et fut du même avis que moi. Les portions huileuses et les adoucissants ne procurèrent aucun soulagement ; le vomissement devint plus fréquent, la faiblesse augmenta et le malade périt quinze jours après ma première visite. J'étais convenu avec deux chirurgiens qui soignaient le malade et avec M. Sotereau, que l'on ouvrirait le cadavre. Le pylore était entièrement squirreux et ne permettait pas l'entrée d'une sonde ordinaire ; le fond de l'estomac était dépouillé de la membrane veloutée, et presque cartilagineux. Les membranes de l'estomac étaient si épaisses dans certains endroits, qu'elles avaient plus d'un pouce d'épaisseur ; le squirre du pylore s'étendait jusqu'à deux pouces dans le duodénum ; on n'a trouvé aucun vice dans les autres viscères, ni dans le pancréas, ni dans les intestins, ni dans le foie. »

Cas n°50 :

**Tome 2 – Section Mémoires – Mémoire sur le traitement électrique, 1777
Rhumatismes goutteux,
par M. Mauduyt**

« Le 13 septembre 1778, M. Bouclon, cordonnier, âgé de trente-huit ans, se présenta de la part de M. Duchanoy, docteur régent de la faculté de médecine de Paris, par qui le malade était conduit depuis son incommodité.

Il y avait neuf mois que M. Bouclon avait été pris d'une attaque de rhumatisme goutteux ; il avait paru des nodus en différentes articulations ; il y avait eu gonflement aux deux genoux, et des douleurs fort vives en différentes parties du corps. Une tisane sudorifique et un long usage de la résine de gaïac dissoute dans le tafia, avaient procuré du soulagement.

M. Bouclon marchait au 13 septembre, mais avec lenteur, le corps un peu courbé, et la marche excitait des douleurs dans les deux genoux ; le bras gauche était très gêné dans ses mouvements ; il ne s'élevait pas au dessus de la ligne horizontale ; le coude et l'épaule du côté gauche éprouvaient des douleurs habituelles ; il y avait gonflement à l'extrémité supérieure du radius du côté droit. Enfin, depuis neuf mois le malade était dans un état constamment douloureux ; et depuis ce même temps il ne pouvait pas exercer son métier. Il fut électrisé une fois par jour, à l'exception des fêtes et dimanches, et du samedi qu'il s'absentait constamment, du 13 septembre 1777 au 20 janvier 1778 ; mais le malade ne vint que deux fois en janvier. Ainsi

son traitement ne doit être que compté que du 13 septembre à la fin de décembre, et en retranchant les absences, il n'excède pas deux mois et demi.

Bouclon eut des sueurs abondantes dans les commencements ; elles durèrent quinze jours environ, s'arrêtèrent, et furent remplacées par une salivation très abondante ; elle se soutient avec force jusqu'à la fin du traitement : elle avait surtout lieu le matin et durant quelques heures que le malade passait au lit avant de se lever ; il éprouva un soulagement prompt et suivi ; la marche devint plus facile, les douleurs et le gonflement des parties qui en étaient affectées, diminuèrent par degrés ; le bras gauche devint plus libre. Le 30 octobre, le malade essaya, pour la première fois de travailler, et il travailla deux heures. Le gonflement à la partie supérieure du radius du côté droit, offrait plus de résistance que l'enflure des autres parties ; mais enfin ce gonflement se dissipa, et n'existait plus à la fin du traitement.

Le 10 novembre, les douleurs étaient très légères dans les parties qui en étaient ordinairement affectées, il en survint une sous la plante du pied droit, où le malade n'en avait jamais sentie : quoi qu'il n'y eût pas de gonflement, cette nouvelle douleur rendit la marche plus pénible ; elle continua, dans le même degré de force, jusqu'au 24 du mois, qu'elle diminua beaucoup sous la plante du pied, et passa dans les doigts du même pied, mais cette nouvelle douleur, et ce qui restait de la première, se dissipèrent. Enfin le malade, au premier janvier 1778, marchait, montait et descendait assez librement ; il n'éprouvait plus que de légères douleurs ; elles n'avaient lieu que quand il faisait quelque mouvement brusque, et dont l'effet était marqué ; comme un faux pas ; les mouvements du bras droit étaient fort libres, et Bouclon travaillait de son métier du matin au soir, quand il le jugeait à propos, ainsi qu'il le déclara à la Société de médecine, à laquelle je le présentais, en faisant devant lui le rapport de son traitement. J'observai en même temps que la maladie dont il s'agissait, était une de celles qui sévissent par accès, dont les paroxysmes se terminent d'eux-mêmes après une certaine durée ; qu'ainsi l'exemple que je présentais, ne fournissait qu'une présomption, et non une preuve en faveur de l'électricité ; mais je pensais en même temps qu'on devait faire attention que le paroxysme de rhumatisme goutteux qui venait d'être terminé, l'avait été dans la saison la plus défavorable à cette maladie, et dans laquelle la nature, abandonnée à elle-même, la guérit plus rarement ; j'observai encore que les changements de temps survenus pendant le traitement n'avaient influé en rien sur l'état du malade. Toutes ces circonstances doivent être pesées dans le traitement de Bouclon.

Je veillais avec soin sur son état depuis la cessation du remède que nous avons employé, et je m'assurais que dans l'espace de treize mois, il n'avait rien perdu, qu'il ne lui était survenu aucune incommodité. Le 31 juillet 1779, dix-huit mois révolus après la fin du traitement, je

passais chez Bouclon, je le trouvais occupé à travailler de son métier ; il me dit qu'il marchait avec vitesse et facilité ; il me fit voir combien les mouvements de son bras étaient libres et étendus ; il m'assura qu'il s'était toujours bien porté, qu'il ne lui restait de vestiges de sa maladie, que de légères douleurs qu'il éprouvait dans les changements de temps ; que ces douleurs ne l'avaient ni gêné dans son travail, ni dans sa marche, les jours même de l'hiver qui avaient été ou les plus froids ou les plus humides. Je lui ai conseillé l'usage de la décoction de squine et de salsepareille pour boisson, lorsqu'il ressentirait quelques atteintes de ses anciennes douleurs. »

Cas n°76 :

Tome 3 – Section Mémoires, 1779

**Sur un Anévrisme considérable de l'Artère axillaire suivi de la fracture des Côtes,
par M. De Horne**

« M. . . . âgé de cinquante ans, d'un tempérament ardent et bilieux, d'une constitution athlétique, accoutumé à une vie agitée et active, livré à des passions quelquefois tumultueuses, et surtout fort enclin à la colère, en éprouva un accès violent il y a environ 10 ans, dont les suites furent on ne peut pas plus funestes, quoiqu'il ne se soit aperçu que quelques jours après du désordre que cette passion violente avait produit dans l'économie animale. Ce n'était d'abord qu'un battement plus fréquent et plus répété de l'artère sous-clavière droite, qui parut ensuite se prolonger sous la clavicule, immédiatement au dessus de la première côte : on vit ensuite s'élever à cet endroit une tumeur de la grosseur d'une noix ; elle ne causait dans ce temps aucune gêne, ni douleur. La pulsation de l'artère s'y remarquait exactement, et la tumeur s'effaçait par la compression ; ce qui prouvait assez que c'était un anévrisme vrai commençant. Cette tumeur augmenta insensiblement de volume, et devint enfin prodigieuse ; elle occupait alors toute la partie du thorax recouverte par le grand pectoral, se rejetait sous l'aisselle même, et se terminait le long de la côte inférieure de l'omoplate. La pulsation devint de jour en jour plus vive, sensible même à la vue ; elle soulevait les vêtements, et produisait un bruit sourd presque continu. Cette tumeur occasionnait alors des malaises, des agitations, et quelquefois des douleurs très aiguës ; et elle finit par intercepter presque totalement le mouvement du bras qu'elle tenait dans un engourdissement habituel.

On saigna beaucoup et souvent ce malade ; il faut astreint au régime le plus exact, le plus doux et le plus rafraîchissant ; il se soumit même à la diète blanche, pour éviter toute espèce d'irritation ; mais malgré ces précautions, malgré l'inaction à laquelle il se voua volontairement,

la tumeur faisait journellement des progrès très remarquables.

On appliqua sur cette tumeur des fomentations astringentes, anodynes, styptiques, des cataplasmes de même qualité, et quelques stupéfiants, le tout en vain ; et ces remèdes palliatifs ne firent que retarder la mort, et la rendre peut-être moins cruelle. Enfin, le 17 mars 1774, deux ans après l'apparition de l'anévrisme, le malade jouissant d'une tranquillité apparente, il fut tout d'un coup suffoqué, et la tumeur anévrismale disparut aussitôt.

M. Sabatier, chirurgien major de l'hôpital royal des Invalides, qui avait été appelé plusieurs fois en consultation, procéda à l'ouverture de son corps en notre présence, et celle de M. le Doux, chirurgien du roi au châtelet de Paris, et de plusieurs étudiants en médecine et en chirurgie, que le désir de voir ce phénomène avait attirés.

Après avoir habilement disséqué les parties qui recouvraient la tumeur, pour en mieux apercevoir l'origine, la forme et les dimensions, M. Sabatier nous fit voir qu'elle partait de l'artère sous-clavière droite, à l'endroit où cette artère sort de la poitrine par l'écartement du muscle scalène, pour prendre le nom d'artère axillaire. Cette tumeur occupait, comme nous l'avons déjà observé ; la partie du thorax recouverte par le grand pectoral ; elle s'étendait en arrière jusque sous le creux de l'aisselle, et se propageait au dessous du bord inférieur de l'omoplate qu'elle avait soulevée de son côté. La seconde et la troisième des vraies côtes, sur lesquelles cette tumeur posait principalement, étaient amincies, usées et fracturées dans leur partie moyenne ; et c'est dans l'instant que cette fracture s'était déclarée, que la pointe de ces os fracturés avait percé par leur écartement la tumeur même, et qu'il en avait résulté un épanchement subit et considérable de sang dans la capacité de la poitrine ; ce qui avait causé la mort prompte, laquelle avait terminé la vie et les souffrances du malade. La plèvre en cet endroit était absolument adhérente aux côtes, de sorte que leur fracture en avait opéré nécessairement le déchirement.

Tous les autres viscères étaient d'ailleurs bien conformés, et en très bon état. Cette tumeur pouvait contenir trois à quatre livre de sang ; les parois antérieures étaient fort épaissies par l'application successive qui s'était faite de la partie fibreuse du sang et la dessiccation de la partie lymphatique ; les parois postérieures qui posaient sur les côtés, étaient au contraire très amincies ; l'appui que les os leur fournissaient et la réaction nécessaire qui en résultait, n'avait pas permis à la partie fibreuse du sang de s'y fixer. C'est sur les côtes en effet, que les battements étaient plus vivement et perpétuellement dirigés ; et c'est de leur continuité qu'est enfin résulté successivement l'amincissement des côtés, et enfin leur fracture réelle. Cette opération a donc été purement mécanique ; car nous n'avons remarqué aucun signe de carie aux côtes, qui aurait pu

contribuer à leur scission.

Quoi que la cause de cet anévrisme puisse se rapporter à un accès violent de colère que M. . . . avait éprouvé quelques jours auparavant, on croit devoir y faire entrer, au moins comme cause préparatoire ou prédisposante, l'usage peu réfléchi qu'il faisait alors d'un remède très actif, composé d'une solution de mercure cru dans l'esprit de nitre dulcifié avec l'esprit de vin, et réduit en sirop avec la cassonade. Ce sirop est véritablement un remède très actif et très acrimonieux, capable de produire une irritation suffisante pour disposer au moins les fibres au spasme et aux convulsions. Il est conséquemment très possible que des parties originaires d'un tissu plus faible, plus lâche, comme étaient probablement les parois de l'artère où s'est fait l'anévrisme, en aient reçu une impression plus marquée qui les ait disposées à la dilatation ; et en ce sens le sirop mercuriel peut être regardé comme la cause qui a préparé cet anévrisme, dont le développement s'est manifesté dans l'instant effervescence et d'agitation produit par la colère. »

Cas n°105 :

Tome 6 – Section Histoire, 1783

**Observations sur la rage ou hydrophobie spontanée – Observation troisième,
Par M. Martin de la Caze, élève de l'École pratique de Chirurgie de Paris**

« Le sieur Balthasar Mathieu, natif d'Almas, près de Saint-Flour en Auvergne, âgé d'environ trente-cinq ans, vivait depuis son bas-âge à Paris : il était domicilié lors de son décès à l'Hôtel de la Pucelle d'Orléans, rue des Mathurins ; Porte-faix de sa profession, et d'un tempérament sanguin, il était plus sensible du côté moral que son état ne semblait l'indiquer. Il avait toujours mené une vie fort réglée, et ne se rappelait pas avoir eu de maladie, à l'exception d'une légère douleur de rhumatisme qu'il avait ressenti depuis deux ans.

Depuis trois semaines ayant appris qu'un de ses frères voulait le battre pour des raisons qu'il est inutile de détailler ici, il en fut saisi de crainte. Le samedi 28 octobre 1780, la femme de ce frère alla le trouver à la place de Cambrai, et lui dit plusieurs choses qui lui firent de la peine ; il la quitta fort en colère, et se retira chez lui sentant des lassitudes aux jambes, et un peu de faiblesse dans le reste de corps : à cette époque un enchifrènement, dont il était affecté depuis trois jours, le quitta. Sa femme l'engagea à se coucher ; alors il ressentit un léger frisson : on le couvrit plus qu'à l'ordinaire ; il reposa peu cette nuit, son sommeil fut interrompu par des rêves désagréables.

Le dimanche 29, il commença à se sentir un peu d'aversion pour les liquides, tels que l'eau, le bouillon, etc. Cette répugnance, augmentée pendant la journée, ne l'empêcha pas de

manger deux soupes, et un morceau de pain ; la nuit fut assez tranquille, il dormit sans agitation.

Le lundi 30, on me pria de l'aller voir ; il venait de la Messe. M. Gosse, mon ami, l'avait déjà interrogé sur l'état de sa santé ; il lui avait répondu, *qu'il sentait une pression à la poitrine, et qu'il avait crainte de l'eau*. Ces symptômes paraissant hydrophobiques à mon ami, il le questionna de manière à ne lui donner aucune inquiétude, en le priant de lui dire s'il n'avait pas été piqué par quelques mouches, ou mordu par quelque animal ; il assura que rien de pareil ne lui était arrivé. En entrant chez lui, il me dit d'approcher doucement de sa bouche, parce qu'on faisait, disait-il, en allant vite, avancer une trop grande quantité d'air qui le suffoquait. Le pouls était dur, fort et non accéléré puisqu'il ne battait que soixante-quatre à soixante-six fois par minute, ce qui est à peu près ordinaire aux personnes adonnées aux travaux pénibles ; son visage était naturel et sa peau un peu sèche. Il répondit de la manière suivante aux questions que je lui fis. Après m'avoir donné le détail de ce qui était la cause de sa maladie, il me dit que depuis deux ans il avait une douleur de rhumatisme, qui se portait tantôt à l'épaule droite, tantôt à la gauche, mais qu'elle n'était jamais ni bien forte, ni continuelle. L'inspection de la partie ne me laissa rien voir de remarquable. J'examinais la bouche, et je ne pus apercevoir des boutons qu'il prétendait sentir du côté gauche de la langue ; elle ne présentait rien de particulier. Il ne ressentait aucune douleur dans les autres parties du corps. Je lui présentais de l'eau dans une tasse ; il avança son bras en tremblant, saisit la tasse et la porta à sa bouche : on le voyait s'agiter et entrer en convulsion, à mesure qu'il l'avavançait. Aussitôt qu'elle eût touché les lèvres, ses yeux devinrent fixes, la respiration fut prompte et laborieuse, son pouls était toujours régulier, dur et fort, mais sans accélération ; il avala l'eau, et l'agitation ne cessa que lorsqu'il eut abandonné la tasse. Dès qu'il apercevait les liquides, il était prêt à suffoquer ; la poitrine se resserrait : il ressentait un picotement à la plante des pieds, qui montait le long des jambes et des cuisses, puis à la paume des mains, d'où il se propageait le long des avants bras, des bras et des épaules, ensuite à la tête, aux gencives et dans tout le tronc : il le comparaît à *la morsure des grosses fourmis qui montent sur les chênes* ; ce picotement commençait et finissait avec la convulsion. En appliquant ma main sur son ventre, je soulevais les couvertures du lit : il lui survint un accès qui fut très court ; je lui en demandais la raison : il me répondit qu'il *provenait de l'agitation de l'air produite par les couvertures*, et qu'il lui arrivait toutes les fois qu'on faisait des mouvements dans la chambre, ou qu'on s'approchait trop près de son lit, qu'il sentait alors un étouffement qui lui faisait exécuter des mouvements involontaires : je passais de nouveau ma main fort doucement sur sa poitrine ; dans ce moment il entra une personne, et l'accès le reprit, mais il fut plus fort que le précédent ; il criait, et faisait signe à cette personne de se mettre de côté, et d'aller doucement : je sentais sa

poitrine se resserrer en tout sens ; mon doigt mis entre deux côtes, me parut être pressé par leurs bords ; la verge était en érection. Après l'accès, il me dit dans son patois d'Auvergne, afin qu'on ne le comprît pas, que cela était fréquent depuis le commencement de sa maladie, que pendant les nuits du 28 au 29, et du 29 au 30, il avait vu sa femme plusieurs fois, mais que ce désir était à présent passé, et que quoi qu'il fût en érection dans le moment des accès, il n'éjaculait pas. Sa femme me disant que les urines étaient supprimées, je lui fis faire une décoction de chiendent nitré, et lui proposai la saignée, pour laquelle il parut avoir de la répugnance : je me retirais, après lui avoir ordonné un lavement, avec l'eau et l'huile ; le soir je retournais chez lui, il ne voulut pas encore se laisser saigner : le lavement lui avait fait rendre des matières assez consistances, et de mauvaise odeur ; son état était le même, que lorsque je l'avais quitté. Je lui fis prendre deux cuillerées, d'une potion composée de trente gouttes de laudanum liquide de Sydenham, de deux onces d'eau de fleurs d'orange, d'une demi-once de sirop de pivoine, et de quatre once d'eau de lys : la nuit fut assez tranquille.

Mardi 31, à cinq heure du matin on vint m'appeler, il était fort agité et parlait beaucoup ; il consentit alors à la saignée : je lui tirais quatre palettes d'un sang, qui refroidi, ne présenta rien de particulier. Bientôt après, il rendit environ un poisson d'urine, semblable à peu près à du méconium délayé : elles ne précipitèrent point, et furent toujours troubles ; je lui fis continuer la tisane, et il urina trois ou quatre fois dans la journée : deux heures après la saignée, il vomit environ trois cuillerées d'une bile de consistance et de couleur ordinaire ; il prit quelques lavements dans la journée : les accès devinrent moins fréquents, et il mangea une soupe que sa femme lui présenta vers le soir ; une heure après l'avoir prise, il fit inutilement des efforts pour vomir : les accès devinrent plus fréquents ; il alla trois fois à la garde robe assez copieusement : les matières étaient consistantes, mêlées de glaires, et d'une odeur infecte ; je lui fis prendre un lavement qui le débarrassa encore de quelques matières semblables aux premières. Le son des cloches l'agitait vivement ; il rendait des vents par la bouche et par l'anus : il sua un peu pendant la nuit.

Mercredi premier Novembre, je le vis à six heures du matin ; son horreur pour les liquides avait augmenté, mais la douleur à l'épaule droite était passée, il se sentait un bien-être général : les accès ne survenaient que quand on lui présentait des liquides, et lorsque l'air était agité, soit par le mouvement des assistants, soit par la vibration des cloches ou d'un instrument à corde. Un violon, dont je me servis, augmenta beaucoup les convulsions ; il me pria de finir et de m'en aller. Tous les sens devinrent plus exquis, et les facultés intellectuelles semblaient être augmentées ; il voyait à une grande distance des corps très petits : la lumière trop vive

l'incommodait, sa pupille me parut un peu rétrécie. Il savait distinguer parmi plusieurs personnes, quoiqu'assez éloignées, celles qui avaient bu ou touché quelque liqueur, dont l'odeur l'incommodait, comme de l'eau-de-vie, du vinaigre, etc. Il les pria pour lors de s'écarter. Toute l'habitude de son corps était devenue plus sensible ; il me fit porter la main sur son bras gauche pour me faire sentir des boutons ; mais je ne pus les apercevoir, ni par le toucher ni par la vue : il disait qu'il les sentait crever de temps en temps. On vint le confesser, et il reçut beaucoup de visites, ce qui le fatigua extrêmement, et augmenta la violence de ses accès. A six heures du soir, je lui fis prendre un bain de pieds, et trois cuillerées de sa potion, ce qui le tranquillisa. Il sua abondamment ; on lui changea deux fois la chemise : les draps même et l'oreiller étaient mouillés ; cette sueur était fétide. Il dormit pendant trois heures d'un sommeil tranquille ; à son réveil il se sentit soulagé : quatre heures après il lui survint des angoisses, des nausées et des convulsions violentes.

Jeudi 2, on vint m'appeler de grand matin : je trouvais le pouls dans le même état que la veille ; le visage rouge et les yeux n'étaient point enflammés : il avait un léger mal de tête comme le jour précédent ; je proposais un bain : il me dit qu'il voulait aller à l'Hôtel-Dieu pour le prendre. Je le saignais du pied ; il fit ensuite un tour dans la chambre et se coucha. Il sua abondamment après avoir pris, au moyen d'un tuyau de fer-blanc, de cinq lignes de diamètres et de dix-huit pouces de long, environ un demi-septier d'une infusion de tilleul, mêlée avec demi-once d'eau de fleurs d'orange. Quelques heures après les accès recommencèrent ; les cloches qui ne cessaient de sonner le fatiguaient beaucoup ; il était furieux lorsque quelqu'un entrait : il n'y avait que sa femme et moi qui puissions l'aborder, en l'approchant très doucement : je priais qu'on ne laisse entrer que les personnes nécessaires ; le malade m'approuva beaucoup : il raisonnait avec tout le discernement possible ; il ne perdait pas même pendant les accès sa présence d'esprit, et répondait avec justesse à toutes les questions que je lui faisais. Quand il entrait quelqu'un, quoique fermement persuadé qu'il ne lui voulait aucun mal, il se sentait oppressé ; il lui semblait qu'on allait le saisir pour le battre. Il demandait qu'on lui appliquât la main sur le front ; mais si elle s'abaissait vers les yeux il criait, la repoussait avec la sienne, et entrait en convulsion : ce jour là il désira qu'on lui mît la main, et qu'on appuya sur la région épigastrique, à la hauteur du cartilage xyphoïde. A une heure et demi, M. Paulet averti par M. Gosse, mon ami, fut curieux de voir le Malade : il eut d'abord de la peine à l'aborder, quoique celui-ci le reconnût et se rappelât son adresse. Cependant à force de tentatives, et en allant très doucement, il parvint à lui toucher le pouls, et à le faire répondre à toutes les questions qu'il lui fit. Dans ce moment, le Malade rencontrant les yeux de M. Gosse qui le fixait, se mit à crier, et

eut un accès des plus violents. Il me dit de ne pas l'abandonner, qu'il me voyait avec plaisir à son côté mais qu'il ne fallait pas le fixer. M. Paulet le visita le soir avec M. le Commissaire Laumonier ; ils eurent d'abord de la peine à l'aborder, mais peu à peu ils parvinrent à le toucher. Je fus le voir à neuf heures du soir ; je trouvais le pouls augmenté en dureté et en vitesse, la peau était sèche et les convulsions très fortes. Je lui fis boire de l'infusion de tilleul, pour laquelle il avait marqué moins de répugnance, et je fis préparer le bain que j'avais proposé ; il y entra à onze heures trois quarts de la nuit : il y plongea d'abord les jambes, et l'accès le reprit ; il s'agita, et on fut obligé de le soutenir pendant l'espace d'un quart d'heure : il parvint à y entrer jusqu'au sommet de la poitrine. Lorsqu'il entra dans le bain, je vis que pendant l'expiration il se faisait un enfoncement considérable dans l'espace triangulaire, qui est entre la clavicule et le bas du col ; dans l'inspiration au contraire une élévation se manifestait au même endroit : à la même époque, c'est à dire en entrant dans le bain ses yeux étaient fixes, il serrait fortement les mains des personnes qui le tenaient : l'accès étant passé, il portait très souvent sa lèvre inférieure entre ses dents, ce qui avait lieu plusieurs fois dans son lit. Il me pria de ne pas le quitter, et d'ôter la lumière qu'il l'incommodait, et d'éloigner les vapeurs qui sortaient du bain. Il y urina trois fois sans aucune douleur, et sans apercevoir la légère cuisson qu'il avait ressenti depuis sa maladie. Il resta dans son bain jusqu'à une heure un quart ; en sortant il fut pris d'un nouvel accès, occasionné par l'eau qu'il fit mouvoir. Il poussa des cris convulsifs ; quatre personnes furent obligées de le tenir. Il revint peu à peu, et gagna son lit en s'appuyant sur les épaules d'un de ses frères, et se cachant la tête. Son pouls avait bien diminué de dureté et de vitesse : il se trouvait assez bien ; je lui fis prendre trois cuillerées de sa potion. Il dormit une demi-heure, et redemanda de sa potion ; le reste de la nuit fut assez tranquille.

Vendredi 3, à cinq heures et demi du matin, on vint m'appeler. Je le trouvais étendu sur le plancher couvert d'un drap. Il priait qu'on lui cachât la tête. Dès qu'il m'aperçut il se mit à crier, se leva et chercha à s'échapper par la fenêtre : cinq de ses frères le saisirent, mais il en renversa un d'un coup de pied, en écarta deux avec ses bras, et entraîna les deux autres. On lui jeta un ling sur la tête, qui l'arrêta aussitôt. On le porta sur le lit. Il prit ce linge entre ses dents et le mordit : il criait qu'on l'attachât ; je lui fis lier les bras et les jambes, et les efforts cessèrent. Il parlait d'un ton ferme, sans s'arrêter par intervalle comme il l'avait fait le jour précédent ; il se mettait en colère de temps en temps, et demandait un tonneau pour le mettre sur sa tête. Je lui fis donner un grand carton cylindrique ; mais il répéta que c'était un tonneau défoncé des deux côtés qu'il lui fallait, afin *disait-il, que le vent ne vînt pas par-devant, mais d'en haut*. Je lui répondis qu'il lui écraserait la poitrine ; il me dit qu'il *fallait l'échancrer au-devant*. Ce fut alors que la salivation commença

à se manifester ; il cracha même sur le visage de sa femme : il revint cependant un peu à lui, et me pria de me tenir derrière le rideau pour me dérober à sa vue, disant que s'il me voyait je le ferais mourir. Cette crainte de ma présence avait eu lieu depuis le moment que je l'avais fait lier ; il m'en demanda cependant pardon, et me tendit par dessus la couverture le bras que je venais de lui faire délier, pour me laisser toucher son pouls. Les pulsations étaient intermittentes et faibles. Son visage était rouge, mais les yeux ne l'étaient pas ; il parlait continuellement d'un ton plaintif : ne voulait voir que sa femme et un de ses frères. Il désira qu'on lui détachât l'autre main, en me promettant qu'il serait tranquille ; il demanda à boire sans tube : on lui en donna dans une tasse d'étain. Il but environ un demi-poisson, et ne voulut plus la lâcher, disant que *c'était la coupe de la nouvelle alliance, qu'il ne boirait plus qu'avec elle* ; depuis ce moment il fut assez tranquille, son pouls s'affaiblissait de plus en plus.

Un des assistants, assis devant lui, lui toucha par hasard les pieds ; il lui dit de continuer, que cela lui faisait un grand plaisir. J'avais envoyé chercher de l'alkali volatil fluor, pour essayer les effets de ce remède si vanté depuis quelque temps. Après qu'on lui eût frotté la poitrine et l'épigastre avec l'huile d'olive, on lui donna douze gouttes d'alkali volatil étendues dans de l'eau, aussitôt l'accès devint plus violent et continu ; il criait à haute voix de le tenir ou de l'attacher : il faisait des efforts considérables ; la respiration devint fort laborieuse, et il ne fut pas possible de lui faire des frictions mercurielles, qu'un médecin très instruit conseillait. Sa voix s'affaiblit ; il articulait difficilement, et me demandait : une heure après on vint m'appeler. Il me tendait le bras, et me disait de lui toucher le pouls, qui se faisait à peine sentir ; je lui demandais où il avait mal : il porta la main à sa gorge pour montrer qu'elle était dans un état de resserrement : la salivation augmentait ; il crachait continuellement, et était dans le tourment le plus affreux. Les spectateurs me demandant continuellement quelque chose pour le tranquilliser, je lui donnais quarante gouttes de laudanum liquide, dans un demi-poisson d'eau : il l'avalait avec assez de facilité ; l'accès fut moins fort et eut quelque interruption : cet état ne dura qu'une demi-heure, pendant lequel il reprit son bon sens, parla à sa femme et à ses parents qui le tenaient. La tête et les extrémités avaient perdu leur chaleur, le pouls ne s'y faisait plus sentir, une sueur froide sortait de toute l'habitude de son corps, les linges qui l'entouraient en étaient tous mouillés. Il expira à trois heures et demi après-midi, ayant un rire sardonique, dont il a conservé l'empreinte après sa mort. »

Liste des médecins-auteurs des cas étudiés

Correspondants ou membres de la Société Royale de Médecine

M. Andry
M. de Lalouette
M. Coquereau
M. Thouret
M. Le Comte
M. Durande
M. Hennequin
M. Beauvais de Préau
M. Mauduyt
M. Vaughan
M. De Horne
M. Thouret
M. Varnier
M. Laquerene
M. Vicq d'Azyr
M. Marchal
M. Tessier
M. Réveillon
M. Faure
M. Mignot de Genety
M. Gallet Duplessis
M. Martin de la Caze
M. Robert de Kiavalle
M. Salva
M. Poissonnier
M. Desperrières
M. Delalouette
M. Salvatore
M. Bonel de la Brageresse

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, en présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

*« Bring on the rebels
The ripples from pebbles
The painters, and poets, and plays*

*Here's to the ones who dream
Foolish as they may seem
Here's to the hearts that ache
Here's to the mess we make »*

Mia Dolan - Lalaland

Résumé

Cette thèse de Médecine Générale est issue du projet REMEDE (Réussites et Échecs de la Médecine Pré-Moderne), qui a pour objectif principal d'évaluer les pratiques médicales du XVIII^e siècle, en portant un regard médical moderne sur des cas cliniques anciens. Les « observations » médicales, genre littéraire bien identifié au XVIII^e siècle, répondent à la définition d'un cas clinique. Ce sont des récits de prise en charge de patients, où un médecin-auteur détaille les plaintes et symptômes du patient, la prise en charge entreprise, et l'évolution de la pathologie jusqu'à l'issue, qu'elle soit la guérison ou la mort.

Les « observations » étudiées dans cette thèse sont toutes issues de l'ouvrage *Histoire de la Société royale de médecine... Avec les Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*, édité tous les 6 mois de 1779 à 1790, qui est la portion publiée des archives de la Société Royale de Médecine. Cette institution créée à la fin du XVIII^e siècle avait pour but d'enquêter sur l'état de santé du peuple, et de mener des recherches sur les maladies les plus courantes et les thérapeutiques. Elle a également accompagné le développement d'une communauté de pairs pour les médecins de cette époque. Les « observations » de cet ouvrage sont une source pertinente pour le projet REMEDE, car elles sont détaillées, rédigées de manière factuelle et relativement objective, avec des descriptions visuelles centrées sur le patient qui facilitent la compréhension pour un médecin d'aujourd'hui.

L'étude de ces textes et de leur contexte de rédaction dévoile des pratiques médicales profondément modernes pour le XVIII^e siècle. Dans ces « observations », les idées nouvelles qui seront le socle de la médecine anatomo-clinique au XIX^e siècle sont déjà bien présentes. Les médecins-auteurs semblent envisager la maladie comme un processus évolutif, situent des lésions pathologiques dans les corps et examinent leur malade dans une démarche proche de la démarche clinique. Ils ne s'affranchissent pas pour autant complètement des systèmes médicaux philosophiques et de la théorie des humeurs, faisant coexister les nouveaux principes avec les anciens systèmes : cela nous montre qu'il n'y a pas de rupture dans l'histoire des idées, mais bien une lente évolution, faite de remaniements de concepts qui ne cessent de se chevaucher.

MOTS-CLEFS : Observations, Société Royale de Médecine, XVIII^e siècle, Histoire de la Médecine, Clinique, REMEDE.