Une sanglante audace: les amputations du col de l'utérus au début du XIX^e siècle en France

Anne Carol

Summary

During the 1820s and 1830s the number of uterus cervix amputations increases in France, becoming a speciality for some famous surgeons such as Jacques Lisfranc. Since the end of the 1820s, however, the operation is known as useless and dangerous by specialists, and censured in medical papers. Why did Lisfranc carry on operating? This paper tries to clear up the intricate reasons of this success and this passion, by exploring the scientific and technical context, but also the social and professional struggles in the rising art of 19th-century surgery. Thus, it attempts to understand how therapeutic choices or medical practices can be constructed.

Keywords: 19th-century surgery; 19th-century gynaecology; Hôpital de la Pitié; Jacques Lisfranc; France

Résumé

Dans les années 1820–1830, les amputations du col de l'utérus se multiplient en France, et deviennent notamment la spécialité d'un chirurgien renommé: Jacques Lisfranc. Pourtant, dès la fin des années 1820, cette opération était reconnue comme inutile et dangereuse par ses confrères et dénoncée par l'un de ses élèves, Pauly. Pourquoi avoir alors continué à la pratiquer? Cet article tente de mettre en évidence l'écheveau complexe des raisons de ce succès et de cet acharnement, en faisant intervenir des facteurs issus des contextes technique et scientifique, mais aussi du contexte socioprofessionnel d'une chirurgie conquérante où les maîtres se disputent l'hégémonie. Il s'agit plus

Prof. Anne Carol, Université d'Aix-Marseille I, Unité mixte de recherche 6570 Temps Espaces Langages Europe Méridional Méditerranée, Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme, 5, rue du Château de l'Horloge, BP 647, F-13094 Aix-en-Provence Cedex 2 (carolgrima@club-internet.fr).

largement de voir à travers un exemple précis comment un choix thérapeutique et une pratique médicale peuvent se construire.

Introduction

La recherche que nous présentons constitue une première exploration d'un projet historiographique plus général: celui d'une étude des pratiques médicales dans leur relation non seulement avec l'offre technique, mais aussi avec d'autres paramètres moins directement accessibles et jouant à des échelles et des niveaux divers. Par pratiques médicales, nous entendons l'ensemble des gestes et des traitements appliqués par les soignants sur les corps. Le mot est à prendre dans un sens large, mais d'abord concret et corporel.

Dans ce projet, la chirurgie offre un observatoire particulièrement pertinent. La chirurgie est en effet, par sa nature même, interventionniste, plus pratique que théorique. Si la décision d'opérer est une décision que l'on ne prend qu'en dernier recours – jusqu'au milieu du XIX^e siècle au moins –, elle exige de la part du chirurgien, une fois prise, sang-froid et virtuosité, rapidité d'exécution et sûreté de jugement; elle valorise une forme d'audace dont le degré est laissé, en définitive, au libre arbitre et à la compétence pratique du chirurgien. Discipline en expansion et en renouvellement rapides, aux repères déontologiques incertains, promue par des innovations techniques spectaculaires et portée par une médiatisation encore modeste, mais réelle, la chirurgie est une pratique médicale *en chantier*, dont l'inachèvement est une chance pour l'historien qui voit se déplacer sans cesse les frontières du normal et du transgressif¹.

Il s'agit donc de tester ici une méthode de déconstruction des choix thérapeutiques. Dans la pratique de l'amputation du col de l'utérus, telle qu'elle s'est développée en France dans les trente premières années du siècle, les facteurs techniques ne pèsent pas davantage que les représentations du corps et de la maladie ou, de façon moins attendue encore, les stratégies socio-professionnelles des acteurs thérapeutiques. Le choix d'une opération précise sur le temps bref de sa diffusion et de son déclin, loin de limiter les possibilités explicatives, permet une micro-analyse minutieuse et, on l'espère, féconde des mécanismes à l'œuvre.

1 On peut s'interroger sur la chronologie des ruptures opérées dans les pratiques chirurgicales à partir du XVIII^e siècle et sur leur audace croissante, alors même que les principaux obstacles (hémorragie, infection, douleur) ne sont pas surmontés. L'ascension sociale des chirurgiens, la parenté étroite entre clinique et anatomo-pathologie, les progrès réalisés sur les champs de bataille de la révolution et de l'Empire sont des éléments d'explication qu'il faudrait préciser et compléter. Voir Grmek 1997; Ramsey 1997; Lawrence 1992.

Ce travail est né de la découverte fortuite, dans les sources, d'un incident apparemment marginal dans l'histoire de la chirurgie. Le 27 août 1835, le jeune Jean-Hippolyte Pauly (1806–1854) soutient devant la Faculté de médecine de Paris une thèse de doctorat intitulée *Propositions sur quelques points de chirurgie*.

Pauly achève alors son internat à l'hôpital de la Pitié, où il est depuis 1833 le prosecteur du chirurgien en chef, Jacques Lisfranc (1790–1847). Son patron est alors célèbre pour sa virtuosité et la qualité de son enseignement. Il a acquis depuis le milieu des années 1820 une grande notoriété notamment par ses amputations du col de l'utérus, qu'il revendique avoir pratiquées presque cent fois, notoriété qui lui vaut d'être appelé en consultation auprès de la reine Hortense en 1837.

En bon interne, Pauly a déjà rassemblé, rédigé et fait paraître dans la *Gazette médicale de Paris* les *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus du professeur Lisfranc* en 1833 et 1834. Il succède ainsi à trois autres internes de la Pitié, qui ont déjà soutenu des thèses présentant dans un style flatteur les cas traités par Lisfranc au cours de leur internat, et les étapes de leur guérison.

Dans ces conditions, la thèse de Pauly s'annonce devoir être, selon les usages, un monument de plus à la gloire de son patron et de ses succès. Mais la dernière de ses propositions (XXXVI), sur laquelle sa thèse se referme de façon lapidaire, résonne de façon discordante:

Je n'ai jamais vu réussir l'amputation du col de l'utérus quand il y avait cancer. Une seule dame paraît jouir encore d'une assez bonne santé; il n'y a pas un an qu'elle a été opérée. En second lieu, son affection était-elle cancéreuse? Je ne le crois pas.²

Plus grave, quelques mois plus tard, Pauly publie chez un éditeur réputé (Germer Baillière) un gros livre de 528 pages, intitulé *Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc faites à l'hôpital de la Pitié*, où il accuse son ex-patron, avec lequel il a rompu toutes relations dès avant la thèse, d'avoir falsifié les statistiques concernant ses amputations: non seulement le nombre d'opérations réalisées par Lisfranc serait bien inférieur (une cinquantaine) à celui annoncé, mais dans ces opérations, le taux de guérison serait infime. Pire, la plupart des femmes opérées seraient mortes, soit des suites immédiates de l'opération, soit de récurrence. Il accuse en outre son ex-patron d'avoir tout fait pour l'empêcher de rendre publics ses doutes, et d'avoir incité la *Gazette Médicale de Paris* à jeter le discrédit sur sa thèse³.

² Pauly 1835, 16.

³ C'est effectivement le cas le 17 octobre 1836.

A en croire Pauly, les amputations du col de l'utérus se sont révélées désastreuses. Le protocole qu'il décrit est brutal et sanglant, surtout si l'on se souvient que l'on est à l'ère de la chirurgie pré-pasteurienne et pré-anesthésique. Il consiste à enfoncer des pinces dans le col de l'utérus, à le tirer pour l'amener au niveau de la vulve, et à sectionner ensuite la partie cancéreuse ou la totalité du col. Ce procédé est décrit en 1828 par Matthias Mayor:

Ces tractions occasionnent fréquemment les plus vives douleurs, quelque précaution qu'on prenne; ordinairement la résistance de l'utérus et la crainte de déchirer son col par les tiraillements successifs et violents qu'on est obligé de faire, engagent l'opérateur à placer une seconde pince dans le sens opposé à la première, et des tractions nouvelles sont exercées dès-lors simultanément par deux aides sur ces deux pinces, afin d'ébranler et de déplacer le viscère. Quand l'opérateur juge que ce dernier est suffisamment abaissé, il port le doigt au dessus des crochets des érignes, et conduit vers ce doigt un bistouri boutonné par lequel il coupe en sciant, la portion qu'il doit retrancher.⁴

Selon Mayor, les déchirements du col sont fréquents, et la visibilité réduite s'il faut replanter les pinces à cause du «sang qui coule en abondance» et «empêche d'y voir bien». Mayor ajoute:

C'est ainsi que plus d'une fois l'opération a dû être abandonnée faute de pouvoir saisir ensuite convenablement l'organe malade [...]. Ajoutons que le déplacement forcé de l'utérus, quand on l'entraîne en bas, détermine sinon des déchirures autour du corps de cet organe, du moins une irritation assez vive, pour donner lieu à une métrite ou une péritonite plus ou moins circonscrite. En outre la résection partielle du col utérin est assez souvent suivie d'une hémorragie qui peut avoir des suites funestes lorsque la femme est déjà épuisée par des pertes plus ou moins répétées.⁵

D'autres accidents peuvent se produire, comme le prolapsus irréversible de l'utérus ou la perforation du vagin par un bistouri hésitant. Les opérations peuvent être «funestes», comme le raconte le témoin d'une amputation menée par Lisfranc:

Les suites de cette opération ont été terribles; peu de temps après, il s'est manifesté une hémorragie utérine abondante; à 11 h du soir, il est survenu des syncopes qui ont duré presque toute la nuit; le poulx était misérable, les extrémités froides, cependant, défense de tamponner; vomissements, excrétion des matières fécales, émission simultanée des urines; la peau est tout-à-fait décolorée, il n'y reste plus qu'un fond verdâtre, le poulx ne bat presque plus; on essaye quelques toniques; enfin on tamponne vers 4 h du matin; le poulx se relève un peu; la malade revient à la vie; mais les vomissements persistent, ils ne cessent que le lendemain, 26 mars, à 11 h, ce jour là, on parvient relever un peu les forces; mais l'adynamie prend le dessus; la langue se sèche, les idées se troublent, et cette malheureuse meurt enfin le 30 mars.⁶

Citer ces textes éprouvants permet de mieux saisir le contraste entre la violence et les dangers de l'opération (même replacée dans son contexte), et la faiblesse apparente des succès. Dès lors, la question qui se pose à l'historien

4 Mayor 1828, 92.

5 Mayor 1828, 93.

6 *Clinique des hôpitaux*, 1828, 206.

est la suivante: pourquoi avoir pratiqué, mais surtout persisté dans une opération cruelle, sanglante et inutile pendant des années (entre 1816 et 1835 en France, et, dans le cas de Lisfranc, entre 1825 et 1835), alors même que dès les premières opérations, des doutes s'élevèrent sur le diagnostic, la méthode et l'opportunité de l'amputation?

Pour répondre à cette question, et comprendre comment ce choix thérapeutique aberrant a été si longtemps possible, il faut démêler l'écheveau des facteurs de décision. Cela suppose d'abord de resituer cette pathologie dans le savoir de son époque: c'est-à-dire à la fois les moyens de diagnostic, les représentations des maladies, et les procédés thérapeutiques disponibles à ce moment. Cela suppose aussi de replacer l'opération dans le contexte socioprofessionnel de la chirurgie, dans les logiques qui guident ses «progrès», et même de descendre dans les querelles ou ambitions personnelles de ses ténors. C'est l'imbrication de tous ces facteurs, dont aucun en soi n'est peut-être déterminant, qui a mené au scandale sur lequel s'ouvre ce travail, et dont on évoquera *in fine* les conséquences et la mémoire.

Le diagnostic: pessimisme et alarmisme

Un des premiers éléments à prendre en compte pour comprendre ce processus est celui de la nature de la pathologie visée par les amputations, à savoir le cancer du col de la matrice.

Le cancer du col, comme celui de l'utérus, est une pathologie que tous les médecins décrivent comme extrêmement douloureuse et horrible, au moins dans les deux premiers tiers du siècle. Ils s'attardent souvent avec compassion sur les souffrances éprouvées par la femme qui en est atteinte, sur le calvaire que constitue sa maladie, avec des pages très modernes sur les soins palliatifs à mettre en œuvre lorsqu'il n'y a plus rien à faire⁷.

Cette vision compassionnelle est toutefois un peu troublée par l'étiologie de la maladie, qu'on pense longtemps causée par une sexualité dérégulée. Il n'est pas rare, surtout au début du siècle, de lire que ce cancer peut résulter de coïts trop précoces, de la masturbation, de la prostitution, de maladies vénériennes ou de manœuvres abortives. Mais ces notations sont marginales; ce qui compte, c'est que le cancer du col (comme la plupart des cancers, mais de façon peut-être plus accentuée) apparaît comme une maladie cruelle et surtout inexorable, devant laquelle la médecine est particulièrement démunie.

⁷ Par exemple: Guérin 1878.

La nature même de la maladie est mal connue. Est-elle locale, générale, héréditaire? Pendant la première moitié du siècle, la plupart des médecins sont localistes. Règne en outre couramment l'idée d'une parenté morbide entre des phénomènes en apparence bénins, mais qui ne seraient que le début de désordres plus graves, et le cancer installé. Sont donc suspectés de constituer la première étape d'un cancer les squirres (sortes d'induration), les ulcères sanieux (plaies suintantes à l'odeur caractéristique), les polypes. Le cancer de la matrice est tellement redouté que certains incriminent même les incidents les plus banals: Mélier attire par exemple l'attention, en 1832, sur les banales «flueurs blanches» et met en garde ses collègues contre «la manière dont les maladies de la matrice s'engendrent en quelque sorte les unes les autres, et se succèdent dans leur formation»⁸.

Il faut à ce stade ajouter une touche au tableau et faire intervenir un facteur supplémentaire: celui de la prégnance des théories de Broussais sur la médecine de la première moitié du siècle. La médecine physiologique, comme on l'appelle, jouit d'une très grande faveur précisément dans les années 1820 et 1830. Pour la résumer brièvement, on peut dire que selon Broussais, l'état pathologique n'est pas fondamentalement distinct de l'état physiologique: il n'y a pas de maladie en tant que telle, simplement des fonctions physiologiques qui sont dérégées. En particulier, Broussais accorde la plus grande importance à l'inflammation, qui est en quelque sorte le principe premier de toute maladie.

François Broussais (1772–1838) a eu une très grande influence sur ses contemporains, et sa théorie inflammatoire a servi à expliquer bon nombre de pathologies, notamment cancéreuses. En 1878, Alphonse Guérin (1816–1895) évoque «les médecins qui écrivaient sous l'emprise de la doctrine physiologique», pour lesquels «les affections cancéreuses dérivait de l'inflammation qui, au lieu de se terminer par résolution ou par suppuration, se terminait par dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde, sans que l'on sût pourquoi»⁹. Ses idées ont eu, dans le cas qui nous occupe, plusieurs conséquences très importantes: pour l'instant, retenons qu'elles renforcent et dramatisent la notion d'une continuité morbide entre les moindres ulcères, squirres, etc. et le cancer, dont la nature serait inflammatoire.

Lisfranc est parfaitement représentatif de cette manière de penser. C'est un chirurgien qui s'est formé sur les champs de bataille – il admire vraisemblablement Broussais, qui professait au Val de Grâce. Sa vision du cancer est conforme à celle des physiologistes: il commence sous la forme d'une

⁸ Mélier 1832, 363.

⁹ Guérin 1878, 480.

inflammation qui ne va pas tarder à s'étendre et à gagner tout l'organisme en raison des sympathies nombreuses qui lient cet organe au reste de l'économie féminine. En 1836, un des ses collègues écrit de lui:

Il est convaincu, et c'est l'opinion qu'il professe, qu'il prévient, par la guérison de ces ulcérations, des cancers utérins dont elles sont, dans le plus grand nombre des cas, le premier symptôme; ces ulcérations étant pour lui le point de départ de la maladie, il en prévient le développement, il l'éteint pour ainsi dire dans son origine, en l'empêchant de se propager de proche en proche aux tissus sous-jacents et d'infecter plus tard tout l'organisme.¹⁰

Mais un nouveau facteur entre à son tour en scène, d'ordre technique: l'invention du spéculum utérin. Jusqu'à ce que Joseph Claude Anthelme Récamier (1774–1852) mette au point le spéculum et l'utilise pour la première fois en 1816, les maladies des organes génitaux féminins ne sont accessibles au diagnostic que par la technique du toucher. On ne voit pas les lésions, on les sent; on les mesure avec le ou les doigts. Il existe une sémiologie du toucher extraordinaire qui ne disparaît d'ailleurs pas avec le spéculum, au contraire: le toucher se technicise encore davantage. Mais en quoi l'invention du spéculum joue-t-elle un rôle dans la décision d'amputer les cols cancéreux? Elle modifie la donne de deux façons.

D'une part, cet instrument peut être utilisé par tous; s'il y a des règles techniques à respecter pour son intromission, elle sont relativement simples et tout le monde peut les maîtriser; concrètement, les maladies des femmes gagnent une visibilité inouïe et arrivent en masse sur le «marché» de la pratique médicale. D'autre part, le spéculum crée une symptomatologie nouvelle, inédite, basée sur la vue, pour laquelle on n'a aucun repère, aucune référence, aucun recul ni expérience. Il semblerait dès lors que son usage ait modifié les règles diagnostiques. Certains contemporains de la révolution spéculaire n'hésitent pas à accuser leurs collègues de pathologiser tout ce qu'ils voient passer par le bout de leur tube. En 1826, Jean Nicolas Guilbert, pourtant adepte du spéculum, écrit:

L'organe de la génération recevant des afflux divers sous les influences de l'imagination et des désirs: la circulation des capillaires étant là, comme ailleurs, modifiée dans son cours par des causes multipliées, et en particulier, ici, par l'expulsion des excréments et de l'urine, la contraction des muscles du voisinage, l'usage du coït, etc.; ces causes, et bien d'autres, peuvent apporter en effet, sur la matrice, des changements de couleur, et occasionner des aspects qu'il faut se garder de prendre pour des productions purement pathologiques.¹¹

Sept ans plus tard, un autre se moque de ces «modernes qui, armés du spéculum, ont découvert sur le col de l'utérus des affections dont plusieurs ne doivent peut-être leur existence qu'à des illusions d'optique»¹². Certains

10 Téallier 1836, 135.

11 Guilbert 1826, 21.

12 Gibert 1833, 226.

évoquent sur un ton plus grave les «épidémies» de maladies de femmes qui seraient liées à l'emploi à tort et à travers du spéculum:

De toutes part il nous revient que des femmes de tout âge, de toute condition, travaillées par les douleurs de l'ulcère utérin; c'est une véritable épidémie, non pas matérielle, n'en doutez pas, mais presque exclusivement morale; et, par malheur, celle-ci n'est pas des moins dangereuses. Du train rapide dont elle a pris l'allure, on ne saurait prévoir où et quand elle s'arrêtera. Encore quelque temps, et on en fera une question réellement sociale. Nous n'exagérons rien, nous connaissons des chirurgiens inspirés, nous n'en doutons pas, par de bonnes intentions, qui, dans leurs visites du jour, ne sortent plus désormais sans avoir avec eux les instruments propres à agir sur la matrice.¹³

Quels sont donc, à ce stade, les éléments dont dispose l'historien pour appréhender le traitement des cancers du col? Résumons-les: une maladie très grave, mortelle, essentiellement locale, dont l'origine peut être bénigne; une théorie influente qui fait dériver le cancer de l'inflammation; un nouvel instrument qui permet de visualiser la moindre irrégularité, la moindre inflammation dans le tissu utérin; tout est en place pour que s'installe un état d'esprit alarmiste et activiste.

Impasse thérapeutique et triomphe de l'amputation

Il faut donc agir, et agir tôt. Comment? Quels sont les moyens thérapeutiques à la disposition des soignants? Hors les soins palliatifs, on peut en distinguer trois principaux: la cautérisation, la saignée, l'ablation, – qui supposent tous l'emploi du spéculum.

La cautérisation a pour but de détruire le tissu suspect jusqu'à la zone saine. Elle a d'abord été utilisée par Récamier (c'est même pour l'application de caustiques qu'il a inventé le spéculum): elle peut se faire par le fer chauffé au «rouge cerise», ou, plus souvent, par les caustiques: nitrate d'argent ou de mercure, potasse caustique, pâte arsenicale, chlorure d'antimoine, acides divers (sulfurique, nitrique, etc.). Elle se fait alors par l'application d'un «crayon», d'un pinceau ou d'un tampon imbibé sur la zone suspecte, le spéculum servant à isoler celle-ci et à protéger les parties saines. Cette méthode doit théoriquement être employée de façon modérée mais répétitive: mieux vaut multiplier les cautérisations légères que d'en faire une seule très violente. Dans leur *Traité sur les maladies de l'utérus* (1833), Marie-Anne Boivin (1773–1841) et Antoine Dugès (1797–1838) évoquent le cas d'une femme dont le col est à peu près détruit par 28 cautérisations en 7 mois, pour souligner la sagesse de cette méthode peu spectaculaire: «Il est vrai que cette manière de procéder, très lente dans ses résultats est peu d'accord avec

13 Treille 1838, 23.

l'impatience naturelle aux jeunes chirurgiens; mais elle est peut-être plus sûre, car si on s'apercevait que ce moyen devînt dangereux, on pourrait le suspendre et y renoncer tout à fait si le cas l'exigeait»¹⁴. Ils signalent à rebours le cas d'une femme dans l'utérus de laquelle un imprudent laisse pendant 24 heures un tampon imbibé de caustique, qui finit par ronger les tissus jusqu'au rectum.

Outre la subtilité de ses indications, la cautérisation présente deux inconvénients aux yeux de la plupart des médecins de l'époque: elle est supposée n'être efficace que sur les ulcérations superficielles; elle a la réputation de stimuler au contraire le mal lorsqu'il est profondément enraciné. Cette crainte est particulièrement opératoire chez les médecins convertis à la méthode de Broussais, pour lesquelles toute thérapeutique stimulante et «inflammatoire» est à écarter au profit des procédés révulsifs et adoucissants.

Les broussaisistes sont donc plutôt partisans des moyens «antiphlogistiques». En particulier, ils préconisent la saignée par les sangsues appliquées au col à l'aide du spéculum (Guilbert), complétée de lavements émollients ou rafraîchissants. Les sangsues semblent couramment employées dans les cas d'inflammation du col, et sont réputées indolores; Lisfranc d'ailleurs les utilise souvent en première cure. Leur usage s'inscrit toutefois dans un contexte scientifique agité: celui des débats naissants autour de l'efficacité des thérapeutiques, et notamment de la saignée, remise en cause par l'école de Louis quelques années plus tard.

Ces deux méthodes sont donc concurrencées et éclipsées par une troisième méthode, plus radicale et séduisante sur le plan théorique: l'ablation ou amputation du col de l'utérus. Celle-ci réconcilie les tenants de la méthode destructrice (cautérisation) et de la méthode antiphlogistique. Elle présente en effet l'avantage d'anticiper l'évolution maligne de toutes les formes pathologiques douteuses observées sur le col, et donc de satisfaire les physiologistes. Comme le note avec sagacité Jules Rochard (1819–1896) en 1875:

Le spéculum venait encore offrir aux idées broussaisiennes un autre genre de ressources. La méthode antiphlogistique ne justifiait pas toujours ses promesses; en dépit des sangsues et des émollients, les affections organiques allaient leur train, et, dans l'impossibilité de prévenir le mal, la doctrine des localisations morbides devait conduire à le couper à la racine. Sous cette impulsion, l'amputation du col acquit une vogue momentanée, et pendant quelques années, il n'est guère d'opérations dont on ait autant abusé.¹⁵

Cette opération très audacieuse (il s'agit de chirurgie interne abdominale) est réalisée pour la première fois en 1801 par Frederic Osiander (1759–1822)

14 Boivin/Dugès 1833, 71sq.

15 Rochard 1875, 262.

à Gottingen. Ne disposant pas de spéculum, il met au point une méthode qui consiste à passer deux fils en croix dans la paroi de l'utérus pour l'attirer vers le bas et opérer la section. En France, son exemple est suivi dès 1816 par le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Guillaume Dupuytren (1777–1835) – qui conserve son trophée dans un bocal rempli d'esprit de vin. En 1818 Dupuytren a déjà amputé 8 femmes, soit autant qu'Osiander en 17 ans. Récamier, pour ne pas être en reste, s'y essaie aussi. L'opération est vite qualifiée de «vulgaire» par Alfred Velpeau (1795–1867), qui l'a lui-même tentée cinq fois; l'ont aussi pratiquée – en tentant de la perfectionner – Ricord, Hatin, Roux, Colombat et d'autres peut-être¹⁶.

C'est dans cette course à l'amputation que Jacques Lisfranc se lance à son tour. Il réalise sa première amputation le 5 décembre 1825 sur une femme entrée à la Pitié; c'est l'occasion de présenter à son tour un nouveau procédé censé disqualifier les précédents. C'est aussi le début d'une longue série d'opérations dont les résultats positifs sont soigneusement mis en relief par leur auteur. En juillet 1827, soit 18 mois après la première opération, Lisfranc annonce déjà 22 amputations; le rythme s'accélère: 36 en mai 1828, 43 à l'automne, 47 en décembre. En 1834, Lisfranc revendique 99 opérations et 84 guérisons. Il a opéré principalement à la Pitié, mais aussi partout où il a effectué des remplacements, et dans sa clientèle privée – très fournie. Comme le souligne ironiquement Pauly:

Déjà, en 1826, cette opération était presque généralement abandonnée, lorsque M. Lisfranc la retire de sa cendre pour la montrer plus brillante que jamais, et force de nouveau à l'enregistrer dans le domaine de la science comme une opération peu dangereuse et d'un résultat des plus avantageux. Il n'est que bruit de l'amputation du col de l'utérus; des cols réséqués passent sans nombre sous les yeux de l'Académie, quelques uns même, dit-on, sont vus dans les salons, et valent à tout jamais à leur opérateur une réputation spéciale pour les affections utérines, quelle qu'en soit la nature.¹⁷

Lisfranc se vante en effet de ses succès devant l'Académie de médecine, dont il est membre fondateur puis président en 1835: il y présente les femmes qu'il a opérées, ou même y exhibe les cols dont il a fait l'ablation. Ses internes et ses prosecteurs, on l'a vu, entonnent ses louanges dans leurs thèses en 1826, 1827 et 1828. Dans le milieu professionnel, on ne tarit pas d'éloges; Velpeau, pourtant fort prudent dans sa propre pratique, écrit en 1835:

L'amputation du col de la matrice est une conquête de la chirurgie moderne. Osiander est le premier qui l'ait positivement proposée vers la fin du dernier siècle, et mise en pratique en 1801. [...] Les observations d'Osiander ne furent pas plus tôt connues en France, que M. Dupuytren se hâta d'adopter les idées du praticien de Goettingue, et de les soumettre à de nombreuses épreuves. M. Récamier ne tarda pas à suivre la même voie; de sorte qu'en

16 Chaque nouvel opérateur met au point un instrument: l'utérotome (Hatin), l'utéroceps (Colombat), etc.

17 Pauly 1835, 430sq.

1815, l'excision du col de l'utérus était déjà, parmi nous, une opération vulgaire. Cependant, il était réservé à M. Lisfranc de la répandre encore davantage, et de forcer les plus incrédules à en avouer enfin le peu de danger.¹⁸

Un aveuglement partagé?

Pourtant, dès 1828, des voix s'élèvent pour émettre des doutes sur l'opération à la mode. La contestation porte sur trois fronts: la bénignité de l'opération, sa nécessité, et enfin son succès.

L'opération a, de fait, passé longtemps pour anodine et indolore. Ses partisans concèdent certes que les tractions exercées sur l'utérus pour l'amener au dehors peuvent être douloureuses (et même très douloureuses), et insistent sur la nécessité d'agir progressivement. Mais l'utérus a la réputation d'être peu sensible au scalpel. Écoutons Lisfranc, vantant au passage sa rapidité en 1834:

On frémit à l'idée des douleurs atroces que doit occasionner cette opération; c'est une erreur qu'il importe de détruire; si la matrice est extrêmement douloureuse sous l'influence d'une pression, même modérée, la nature a heureusement voulu que cet organe ne perçût presque pas l'action de l'instrument tranchant; c'est au point que des femmes, opérées à l'Hôpital de la Pitié, croyaient que la section du col utérin n'était pas encore commencée, lorsque déjà je l'avais achevée.¹⁹

Un de ses internes surenchérit:

Débarrassées d'un mal qui leur procurait des souffrances horribles, les malades goûtent presque toujours la première nuit un sommeil dont elles étaient privées depuis longtemps. Les changements qu'éprouve le moral ne sont pas moins remarquables, la gaieté renaît, et leur reconnaissance pour celui qui leur a sauvé la vie s'explique avec énergie. On a vu des femmes opérées à la pitié [sic] sembler entrer, dès le lendemain de l'opération, en une franche convalescence.²⁰

Qu'en est-il en réalité? Un indice de la douleur ressentie pourrait être la multiplication des «accidents nerveux» consécutifs à l'opération, évoquée avec une certaine gêne. Hatin, opérant à l'Hôtel-Dieu en 1832, confesse: «Une hémorragie grave eut lieu sur le champ; on tamponna fortement le vagin, et tout écoulement s'arrêta; mais à compter de ce moment, la malade ne cessa d'éprouver des douleurs atroces du côté des parties de la génération, et d'être dans une agitation nerveuse très-grande»²¹. Velpeau lui-même, qui a pratiqué l'opération (avec modération) et qui n'y est pas formellement opposé, s'étonne de ces femmes qui «ont succombé à un état nerveux dont la gravité

18 Velpeau 1835, 444.

19 Lisfranc 1834b, 16.

20 Avenel 1828, 30.

21 Hatin 1832, 303.

n'est pas facile à expliquer»²². Mais la douleur ne peut en elle-même constituer un motif de blâme assez fort en ces temps pré-anesthésiques.

Plus sérieusement, l'opération est vite soupçonnée d'inutilité. Dès 1818, certains auteurs mettent en doute la nature cancéreuse des cols amputés:

Il n'est pas invraisemblable de soutenir que, parmi les exemples cités, il se trouve des cas où les tumeurs extirpées n'étaient pas de nature à devenir cancéreuses, mais de simples tumeurs fibreuses, fibro-cartilagineuses, qui se développent quelquefois dans l'épaisseur du col, et qui peuvent se confondre avec un squirre tant qu'elles n'ont pas été examinées anatomiquement.²³

Le propos est prudent: c'est surtout à partir de 1828, et de la nouvelle vague d'amputations menées par Lisfranc, que les critiques se dévoilent. Elles s'expriment par exemple dans la *Clinique des Hôpitaux*²⁴ qui rapporte les leçons de la Pitié et met en cause le chirurgien à plusieurs reprises au cours de l'année 1828; voici ce qu'écrit un certain D., le 3 janvier:

Dans le plus grand nombre de cas, où l'on a cru à l'affection cancéreuse du col de l'organe, on n'avait affaire qu'à des ulcérations de la membrane muqueuse, dont le boursoufflement faisait [sic] croire à une profonde dégénération. Pour se convaincre de cela, il ne faut que voir un col que l'on vient d'amputer; en quelques secondes il perd la moitié de son volume. M. Lisfranc l'a fait observer plusieurs fois. Croit-on que s'il y avait squirrhe du tissu propre du col, ce tissu s'affaîsserait ainsi?²⁵

D'autres encore accusent Lisfranc d'escamoter les cols amputés et de refuser le verdict de l'anatomo-pathologie²⁶. Il faut ici s'arrêter sur la réponse apportée par Lisfranc à ces critiques. De façon apparemment surprenante, il ne conteste pas que des opérations aient été faites sur des erreurs d'appréciation:

Si l'on veut admettre que dans tous les cas où nous avons opéré, il n'y avait pas cancer, du moins sera-t-on forcé de convenir qu'il existait au moins quelquefois, car dans plusieurs cas j'ai montré les pièces à l'Académie, et il a été reconnu que le cancer existait, et les femmes sur lesquelles j'avais emporté ces pièces vivent, et sont tout aussi bien guéries que les autres. Je vais même plus loin et j'accorde que dans certains cas, il n'y avait pas cancer, mais les femmes auxquelles j'ai amputé le col de la matrice présentaient toutes des indurations considérables, des ulcérations, des douleurs lancinantes, un écoulement d'une odeur fétide; elles avaient en un mot tous les symptômes, sinon du cancer, du moins du squirrhe. Dans tous les cas il s'agissait d'ulcérations qui avaient résisté à tous les traitements employés et qui menaçaient la totalité de l'insertion vaginale? Telle sera toujours notre manière de faire, malgré toutes les criaileries que l'on fait et que l'on pourra faire contre nous. J'insiste sur ces choses, parce que la jalousie ne cesse de faire des diatribes contre moi.²⁷

22 Velpeau 1835, 447.

23 Gardien 1818, 300. Treille polémique avec Dupuytren au sujet des amputations dans les années 1818.

24 Journal rival de la *Gazette des Hôpitaux* (créé en 1827).

25 D. (Dupuytren? cf. *infra*) 1828, 22.

26 Lisfranc est accusé de ne montrer que de loin à ses étudiants les cols amputés, et de ne pas les envoyer à Cruveilhier qui réclamait des pièces pour son cours d'anatomie pathologique; voir *Clinique des hôpitaux*, 1828, 206.

27 *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, 1829, 106.

Cinq ans plus tard, il se justifie dans un style plus académique en évoquant les formes variées que peut prendre le cancer de la matrice:

Et cependant, quand la maladie marche et se rit des efforts les mieux combinés, qu'importe que sa nature carcinomateuse soit ou ne soit pas démontrée, si cependant la santé générale chancelle, et si les progrès du mal ne peuvent être arrêtés que par l'amputation? Voilà ce que nous répondons à ces critiques superficiels qui nous ont reproché d'enlever des cols utérins où l'on ne découvrirait pas de tissus squirrheux ou encéphaloïdes. Fallait-il laisser la maladie grandir et devenir incurable? Quand tout autre espoir de guérison est perdu, et qu'une affection quelconque exerce cependant sur l'économie une influence délétère, il faut l'enlever sans retard; c'est là la véritable philosophie chirurgicale.²⁸

Cette apparente désinvolture ne relève pas seulement de l'orgueil démesuré de Lisfranc (on y reviendra), mais aussi, fort logiquement, de sa croyance en la continuité morbide des inflammations.

Reste la troisième critique: celle qui consiste à contester les statistiques triomphalistes avancées. Cette contestation est en fait à double détente. D'une part, les succès exhibés ne seraient, pour la plupart, que de faux succès: les malades n'étaient pas atteints de cancer, mais de pathologies bénignes; c'est ce que suggère Anthelme Richerand (1779–1840) en 1825:

Des amputations du col de l'utérus ou, pour mieux dire, du museau de tanche, ont été faites pour de simples engorgemens inflammatoires chroniques, pour des cas de simple alongemens [...]; et rien n'est plus facile alors que de concevoir la complète réussite d'une opération alors inutile, et la non-reproduction d'un cancer qui n'existait point.²⁹

Mais surtout, ces opérations sont accusées d'avoir peut-être causé la mort de nombreuses malades. Or, si l'on peut concevoir que cette mort était de toute façon inévitable en cas de cancer avéré, elle devient intolérable en cas d'erreur de diagnostic. Un autre rédacteur anonyme de la *Clinique des Hôpitaux* écrit en 1828:

L'extirpation du col de l'utérus est devenue si commune, dans ces derniers temps, que des doutes sur la nécessité de cette opération se sont élevés dans un grand nombre de cas où elle a été faite. Plus d'une fois l'examen anatomique des tissus enlevés, en éclairant sur la nature de la lésion organique, a démontré combien ces doutes étaient fondés. L'observation suivante (grossesse prise pour une altération cancéreuse, avec tuméfaction du col) ne fera qu'ajouter de nouvelles forces aux raisons qu'on a présentées à certains *lanio-doctores*, pour les instruire sur les ressources de l'art et de la nature, qu'ils semblent ignorer, et les empêcher de précipiter ces mutilations qui, trop souvent, ont entraîné la perte des malheureuses qui les ont endurées, qui exposent, dans tous les cas, aux plus grands dangers, et ne devraient jamais être pratiquées qu'à la dernière extrémité.³⁰

Comme l'indique par exemple Gaspard Bayle³¹, l'opération débouche sur deux accidents majeurs. Le premier est la péritonite, causée par les déchirements du péritoine résultant des tractions exercées sur l'utérus; accident

28 Lisfranc 1834a, 153.

29 Richerand 1825, 239. Voir aussi Pauly à la fin de sa thèse.

30 *Clinique des hôpitaux*, 1828, 381.

31 Bayle 1833, t. 2, 616sq.

incurable, qui entraîne une douloureuse agonie. Le second est l'hémorragie causée par la section de l'utérus. On pourrait s'étonner que celle-ci ne soit pas stoppée avant la mort des patientes: c'est qu'interfèrent ici, à nouveau, les conceptions broussaisistes déjà à l'œuvre dans les enjeux diagnostiques.

En bon partisan de la méthode antiphlogistique, Lisfranc refuse en effet de tamponner, c'est-à-dire d'introduire un tampon hémostatique sur la plaie: ce serait en effet arrêter la saignée dont on attend, au contraire, qu'elle évacue l'inflammation. Les opérées sont donc laissées de longues heures se vider de leur sang. Richerand, en 1825, comparant cautérisations et amputations, donne sa préférence à la deuxième méthode au nom de la médecine anti-inflammatoire, tout en restant prudent: «Un saignement abondant dégorge l'utérus, et le plus léger tamponnement, exercé par le moyen de l'agaric, suffit pour l'arrêter lorsqu'il devient trop considérable.»³² Quelques années plus tard, Lisfranc se vante de n'avoir tamponné que six fois sur ses 99 amputations, et justifie son attentisme ainsi:

Les chirurgiens redoutaient trop la perte du sang; ils avaient presque sur le champ recours au tamponnement; ainsi la matrice congestionnée ne pouvait pas se débarrasser du sang que faisait affluer l'opération et cette cause croissante d'inflammation, réunie à la douleur produite par le moyen hémostatique qu'on venait d'employer, produisait très souvent des métropéritonites presque toujours mortelles. Chez les femmes qui n'ont pas été épuisées par des pertes rouges antérieures, je laisse l'hémorragie continuer lorsqu'elle n'a pas lieu d'une manière trop brusque et je n'arrête point en général tant que 4 à 6 palettes de sang n'ont pas été perdues.³³

Au-delà de ces critiques, les statistiques de Lisfranc sont contestées en France et à l'étranger. Avant même le livre de Pauly, qui reprend cas par cas les malades opérées par Lisfranc, un chirurgien allemand se moque des succès de son confrère de la Pitié:

Le nombre des cas de réussite d'amputation du col, publiés par les médecins français, est tellement considérable [...] que l'on s'étonne de voir encore tant de femmes succomber au cancer de l'utérus, et cela surtout dans les villes où l'on pratique le plus souvent l'ablation du col de la matrice. L'auteur avoue, avec une franchise bien digne de d'éloge qu'il a été plus malheureux et que cela tient uniquement à ce qu'il n'attache pas au mot succès ou guérison la même signification que les grands praticiens dont il est question; cela tient à ce qu'il regarde comme malheureux tous les cas dans lesquels il y a eu récurrence.³⁴

32 Richerand 1825, 243.

33 Lisfranc 1834b, 16–17.

34 Krimer, cité par Téallier 1836, 278. Krimer cite une Mme de C...ky, 43 ans, opérée par «un grand praticien [qui] fit la résection en présence d'un grand nombre de spectateurs; au bout de 15 jours il déclara la malade guérie, et la présenta comme telle à une société de médecins». Un écoulement se déclare deux mois après; la patiente va à Spa, puis visite l'auteur à Aix-la-Chapelle; elle meurt trois mois après «et cependant elle figure au nombre des cas où la maladie a complètement guéri par l'amputation [...]». Egaré par les prétendus succès des médecins français, l'auteur voulut les imiter, et il fut obligé d'apprendre par sa propre expérience combien les guérisons définitives sont rares, si même elles existent; car on peut soulever la question de savoir s'il existe un cas de véritable *cancer* de la matrice guéri sans récurrence», Téallier 1836, 279sq.

Comment expliquer dès lors cet acharnement? C'est le moment de faire intervenir le dernier facteur explicatif, celui qui tient compte à la fois des stratégies socioprofessionnelles des chirurgiens, et de la trajectoire et de la stratégie personnelles de Lisfranc.

Ambition personnelle et stratégies professionnelles

L'amputation du col s'insère dans un double mouvement qui traverse la chirurgie à cette époque. La chirurgie n'est plus, depuis la loi de 1803, une parente pauvre de la médecine. Les deux filières ont été placées sur un pied d'égalité et nombre de grands noms de la médecine, à ce moment, sont, de fait, des chirurgiens. Même si la chirurgie ne dispose pas encore de l'anesthésie ou de l'antisepsie, elle se présente au début du XIX^e siècle comme une discipline moderne et renouvelée, grâce notamment aux grands chirurgiens militaires de la période impériale comme Larrey ou Percy. On peut donc parler, à son endroit, de discipline conquérante, d'autant plus qu'elle est davantage rompue que la médecine classique à l'anatomie qui fonde la nouvelle méthode anatomo-clinique.

Or, comme toute discipline conquérante, la chirurgie connaît des problèmes de frontières; dans le cas qui nous occupe, le cancer de l'utérus se trouve au confluent de trois «spécialités»: la chirurgie, l'obstétrique – elle-même issue de la chirurgie et en quête de visibilité et de légitimation –, et la médecine. Je pose donc l'hypothèse qu'une concurrence entre ces branches a pu contribuer à un emballement activiste. Les obstétriciens possèdent parfaitement l'art du toucher, mais ont laissé en déshérence les «maladies de femmes» pour s'intéresser davantage à la grossesse et à ses complications éventuelles; celles-ci sont dès lors traitées par les médecins. Mais les cancers sont plutôt le domaine réservé des chirurgiens. Chacun de ces praticiens revendique une compétence particulière, alors même que le spéculum met tout le monde à égalité en facilitant le diagnostic et la thérapeutique.

Deuxième mouvement qui traverse la chirurgie: la course à la notoriété, interne à la discipline cette fois. La figure du chirurgien héroïque, virtuose, rapide et audacieux se développe et se diffuse, profondément différente de celle du chirurgien de l'époque moderne. L'accession à ce statut passe par des opérations spectaculaires et si possible nouvelles, des «premières». Dans cette course, Dupuytren est le mieux placé: élève de Bichat, proche des Bourbons qui l'anoblissent, nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu dès leur accession au trône, Dupuytren est réputé pour son orgueil, son appétit d'honneurs et de pouvoir. Son confrère et ami Treille le décrit, dans les

années 1818, comme quelqu'un «qui cherchait avec habileté à s'emparer du sceptre de la chirurgie»³⁵. Dans cette conquête, il est probable que la réitération de l'exploit d'Osiander et la course qui l'oppose à Récamier sur le terrain des amputations ont joué un rôle. Néanmoins, en 1828–29, ce n'est plus tant l'amputation du col de l'utérus qui fait rêver les chirurgiens, c'est l'extirpation de l'organe tout entier, plus périlleuse et spectaculaire encore.

Où Lisfranc se situe-t-il dans cette course aux honneurs? L'étude de sa biographie et de sa personnalité apporte, me semble-t-il, le dernier élément au puzzle. Lisfranc est, comme Dupuytren, un homme orgueilleux³⁶ et vindicatif, qu'un de ses contemporains décrit comme affligé «d'une sorte d'idiosyncrasie colérique-névralgique»³⁷. De fait, il est réputé pour son fiel, son amertume et même la grossièreté de ses attaques personnelles pendant ses cours. Pourquoi cette amertume? Sa clientèle est très abondante et lucrative, ses leçons libres sont suivies par des foules d'étudiants qui admirent en lui le virtuose et le pédagogue, certes; mais la Faculté et les institutions le boudent, lui refusant une légitimité institutionnelle.

En particulier, Lisfranc ne réussit pas obtenir une chaire sous la Restauration. Or, selon plusieurs biographes, c'est à Dupuytren, son ancien maître à l'Hôtel-Dieu, qu'il faudrait imputer cet échec: alors que Lisfranc lui avait demandé de soutenir sa candidature, le maître aurait au contraire coulé le jeune chirurgien auprès de Fraissinous, grand maître de l'Université³⁸. S'agit-il d'une rivalité personnelle face à une étoile montante de la chirurgie? D'une opposition politique entre un légitimiste et un disciple de Broussais qualifié de «boutefeux révolutionnaire»?³⁹ Sans doute les deux. Lisfranc voue dès lors une haine tenace à celui qu'il appelle «l'infâme du bord de l'eau»⁴⁰. Cette rancœur s'accroît en 1834, lorsque, dans une conjoncture politique pourtant renouvelée, il échoue à nouveau derrière Velpeau au concours pour la chaire clinique externe. Le récit des épreuves publiques, qui mettent aux prises une demi-douzaine de concurrents, témoigne de l'atmosphère de cabale et de l'intensité des enjeux politiques et des passions personnelles dans le concours⁴¹.

Parallèlement, Lisfranc explore une autre voie pour obtenir la reconnaissance de ses pairs: en janvier 1834, il pose sa candidature à l'Académie des

35 Treille 1838, 16.

36 Il a anobli son nom en Lisfranc de Saint-Martin, du nom de la rue parisienne de sa première installation.

37 R. P. (Reveillé-Parise) 1849, 261.

38 R. P. 1849, 259.

39 R. P. 1849, 259.

40 Rappelons que l'Hôtel-Dieu de Paris est situé au bord de la Seine.

41 Voir la *Gazette Médicale de Paris*, 1834. Dupuytren fait vraisemblablement partie du jury.

sciences, dont est membre, bien sûr, son ennemi intime; défaite honorable (il est classé 2^e) qui ne le décourage pas. Préparant une nouvelle candidature, il dépose en effet en juin un fort mémoire sur l'amputation du col, mettant en valeur sa méthode. En 1835, il se porte à nouveau candidat face à Velpeau sur la place laissée vacante par ... Dupuytren, et complète son mémoire par les fameuses statistiques dénoncées par Pauly. Il est à nouveau classé 2^e, puis 3^e un mois plus tard au deuxième tour.

On le voit, Lisfranc mène à la fois une lutte vindicative et presque obsessionnelle contre son ancien maître, Dupuytren, et une stratégie d'autopromotion. C'est dans ce contexte qu'il faut sans doute comprendre son acharnement à poursuivre ces amputations malgré les contestations: ce faisant, il s'approprie une opération ouverte par Dupuytren, mais en cours d'abandon (car jugée trop dangereuse); il la remet à l'honneur, la «perfectionne», en fait en quelque sorte sa spécialité et sa marque de fabrique, dépassant ainsi son ancien maître, dont il assimile la prudence à un aveu d'impuissance. Les enjeux d'honneur, de réputation sont trop forts, l'erreur ou le recul sont inconcevables, et son amour-propre torturé finit de l'aveugler: «M. Lisfranc reste seul debout, au milieu de ces désastres», écrit Pauly en 1835.

Conclusion

Une citation cruelle, empruntée à un contemporain de Lisfranc, Frédéric Duparcque, résume assez bien l'enchevêtrement de causalités que l'on s'est proposé de dénouer:

Une opération est nouvelle, elle paraît offrir des difficultés que l'on est jaloux de surmonter avec adresse; elle est peu douloureuse pour la malade, ne lui fait par elle-même courir aucun danger (nous avons vu le contraire); quel heureux champ pour moissonner de la célébrité! Puis les imitateurs, à la suite, qui se hâtent d'y glaner! mais l'opération était-elle utile, nécessaire, indispensable, c'est ce dont on n'a pas pris la peine de s'informer. A juger de la masse des faits par ceux que le désir de la publicité m'a fourni l'occasion d'examiner, je suis persuadé que l'amputation du col de l'utérus a été pratiquée dans un grand nombre de cas où elle était au moins inutile. Parmi les nombreuses pièces d'anatomie pathologique colportées en triomphe dans toutes les académies médicales par le plus intrépide niveleur de cols utérins, nous avons distingué, et beaucoup l'ont vu comme nous, des cols ou des portions de cols utérins que l'on avait enlevés comme étant affectés d'engorgements squirreux et qui étaient loin d'offrir l'apparence même de cet état.⁴²

Ce jugement l'a-t-il emporté après 1835? Il semblerait que la réputation de Lisfranc, déjà compromise par son acrimonie, ne se soit jamais vraiment remise du scandale. Lorsqu'il meurt, ses obsèques à Saint-Sulpice drainent une foule nombreuse d'étudiants, mais peu de confrères.

42 Duparcque 1832, 441sq.

Sa mémoire est en effet un peu turbide; si son éloge funèbre et ses notices nécrologiques sont en général louangeurs, les traités de chirurgie ou de gynécologie de la seconde moitié du siècle jugent avec sévérité sa frénésie d'amputation. A cette époque, l'opération est d'ailleurs pratiquement abandonnée: on préfère utiliser l'écraseur linéaire ou la ligature, et on ne tire plus sur l'utérus.

Lisfranc avait, de fait, fortement ralenti le rythme des opérations dès 1833; entre 1833 et 1836, par exemple, il n'en pratique que quatre. Plutôt que de reconnaître son erreur, il préférerait, sans doute par vanité, expliquer cette raréfaction par le fait que les femmes attirées par sa réputation venaient plus tôt, et que l'opération n'était donc plus nécessaire, le mal étant pris à temps. Mais – repentir inavouée ou stratégie mémorielle? – sa position avait évolué, au point d'adopter à la fin de sa vie comme maxime la phrase suivante, inspirée de Hunter: «Si la chirurgie est brillante quand elle opère, elle l'est encore bien davantage, lorsque sans faire couler le sang et sans mutilation, elle obtient la guérison des malades»⁴³. Pari gagné: c'est cette phrase que ses étudiants firent graver sur sa tombe au Montparnasse après sa mort en 1847.

Bibliographie

- Avenel, P. A., *Dissertation sur le traitement des affections cancéreuses du col de l'utérus et sur son amputation en particulier* (Thèse Faculté Médecine Paris n° 80, 1828)
- Bayle, Gaspard Laurent, *Traité des maladies cancéreuses* (Paris 1833)
- Boivin, Marie-Anne/Antoine Dugès, *Traité sur les maladies de l'utérus* (Paris 1833)
- «Clinique chirurgicale de la Pitié. M. Lisfranc, Professeur», *Clinique des hôpitaux* (1828) 205–206
- Colombat (de l'Isère), Marc, *L'hystérotomie, ou l'amputation du col de la matrice dans les affections cancéreuses suivant un nouveau procédé avec la description de l'hystérotome et de plusieurs autres nouveaux instruments présentés à la Faculté de médecine de Paris* (Paris 1828)
- *Traité complet des maladies des femmes et de l'hygiène de leur sexe* (Paris 1843)
- «Concours de chaire clinique externe», *Gazette médicale de Paris* (1834) 336, 399, 413, 446, 480, 494, 512
- D., «Hospice de perfectionnement. Affections du col de l'utérus», *La Clinique des hôpitaux et de la ville* (1828) 21–22
- «12 mai 1847. Mort de Lisfranc», dans: *Chronique médicale* (1897) 414
- Duparcque, Frédéric, *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice* (Paris 1832)
- Gardien, Claude Martin, «Hystérotomie», dans: *Dictionnaire des sciences médicales*, tome 23 (Paris 1818) 293–306
- Gibert, Camille Melchior, «Analyse d'ouvrages», *Revue médicale française et étrangère* (Paris 1833) 74–82, 225–237
- Grmek, Mirko D., «La main, instrument de connaissance et du traitement», dans: M. D. Grmek (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, tome 2 (Paris 1997) 225–252
- Guérin, Alphonse, *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme* (Paris 1878)
- Guilbert, Jean-Nicolas, *Considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus en particulier sur la phlegmasie chronique avec engorgement du col de cet organe et sur les avantages de l'application immédiate des sangsues méthodiquement employée dans cette maladie* (Paris 1826)

⁴³ *Chronique médicale*, 1897, 414.

- H., J., «Inflammation chronique du col de l'utérus», *Clinique des hôpitaux* (1828) 380–381
- Hatin, Jules, *Chirurgie pratique. Choix d'observations cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le service de M. Dupuytren* (Paris 1832)
- «Hôpital de Pitié. Service de M. Lisfranc», *Gazette des Hôpitaux civils et militaires* (1829) 105–106
- Krimer, Johann Franz Wenzel, «Observations sur la fréquence des récidives dans les cas de cancer de la matrice», *Revue médicale française et étrangère* (1835a) 254–257
- «Quelques mots sur le traitement de l'induration et du squirre de l'utérus», *Gazette médicale* (1835b) 25
- Lawrence, C., *Medical Theory, Surgical Practice. Studies in the History of Surgery* (London 1992)
- Lisfranc, Jacques, «Amputation du col de l'utérus», *Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie françaises et étrangères* (1829) 291–293
- «Clinique chirurgicale de la Pitié. Leçons de M. Lisfranc sur les maladies de l'utérus», *Gazette médicale de Paris* (1834a) 149–153
- «Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus», *Archives de l'Académie des Sciences, pochette de séance du 2 juin 1834* (1834b)
- Lisfranc, Régis, «Jacques Lisfranc de Saint Martin», dans: A. Pecker (éd.), *La médecine à Paris du XIII^e au XX^e siècle* (Paris 1984) 40–78
- Mayor, Matthias, «Mémoire sur la résection du col de l'utérus au moyen de la ligature», *Archives générales de médecine* (1828) 91–99
- Mélier, François, «Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice: modifications au spéculum uteri», *Mémoires de l'Académie de médecine* 2 (Paris 1832) 330–367
- Pauly, Jean Hippolyte, *Propositions sur quelques points de chirurgie* (thèse Faculté Médecine Paris n° 332, 1835)
- *Maladies de l'utérus, d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc faites à l'Hôpital de la Pitié* (Paris 1836)
- «Propositions sur quelques points de chirurgie. Thèse inaugurale par J. H. Pauly, D.-M. P., prosecteur de M. Lisfranc», *Gazette médicale* (1835) 672
- Ramsey, Matthew, «From expert to specialist. The conception of specialization in 18th and 19th century French Surgery», in: Y. Kawakita/S. Sakai/Y. Otsuka, *History of ideas in surgery* (Ishiyaku 1997)
- R. P. (Reveillée-Parise), «Galerie médicale. n° XVIII. LISFRANC (Jacques)», *Gazette médicale de Paris* (1849) 255–262
- Richerand, Anthelme, *Histoire des progrès récents de la chirurgie* (Paris 1825)
- Rochard, Jules, *Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle* (Paris 1875)
- Téallier, Pierre Jérôme, *Traité du cancer de la matrice, de ses causes, de son diagnostic et de son traitement* (Paris 1836)
- Treille, Maurice, *Mémoire sur les maladies cancéreuses de la matrice, où sont combattues les opinions des partisans de l'amputation et de la cautérisation du col utérin cancéreux* (Paris 1838)
- Velpeau, Alfred, *Nouveaux éléments de médecine opératoire* (Bruxelles 1835)

Autres sources et ouvrages utilisés pour ce travail

- Aran, François-Amilcar, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes* (Paris 1858–1869)
- Beaugrand, Emile, «Lisfranc», dans: *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2^e série, tome 2 (Paris 1876) 659–661
- Benet, James Henry, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes* (Paris 1850)
- Berthelot, Martin, «Observation sur une amputation du col de l'utérus, pour un engorgement d'apparence squirrheuse de cet organe», *Journal général de médecine* (1829) 214–217
- Boyer, Philippe, *Propositions de chirurgie et de médecine* (Thèse Faculté Médecine Paris n° 225, 1825)
- Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique* (Paris 1966)
- Carol, Anne, «L'examen gynécologique en France XVIII^e–XIX^e siècles: techniques et usages», dans: Patrice Bourdelais/Olivier Faure (éds), *Les nouvelles pratiques de santé XVIII^e–XX^e siècles* (Paris 2005) 51–66

- Cazenave, Jules Jacques, «Histoire de deux amputations du col de l'utérus», *Gazette médicale* (1836) 60–61
- Chomel, Marjolin/Désormeaux Dubois, «Utérus (pathologie)», dans: *Dictionnaire de médecine*, tome 30 (Paris 1846) 205–392
- Courty, Amédée, *Traité pratique des maladies de l'utérus des ovaires et des trompes considérées principalement du point de vue du diagnostic et du traitement* (Paris 1872)
- Darmon, Pierre, *Les cellules folles* (Paris 1993)
- Denonvilliers, Nélaton, Velpeau et al., *Rapport sur les progrès de la chirurgie* (Paris 1867)
- De Sinety, Louis, «Utérus. Pathologie», dans: *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 5^e série, tome 2 (Paris 1886) 1–125
- Dugès, Antoine, «Utérus. Maladies de», dans: *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome 15 (Paris 1836) 504–509
- Duparcque, Frédéric, *Réfutation de la doctrine d'inévitabilité et d'incurabilité du cancer* (Paris 1837)
- Duruthy, Adolphe, *Du cancer du col de la matrice, et de son traitement* (Thèse Faculté Médecine Paris n° 16, 1827)
- Faure, Olivier (dir.), *Les thérapeutiques: savoirs et usages* (Lyon 1999)
- Filhos, J. B., *Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus* (Paris 1847)
- Genty, Maurice, «Lisfranc», *Les biographies médicales* (Paris 1934) 357–372
- Gibert, Camille Melchior, *Remarques pratiques sur les ulcérations du col de la matrice et sur l'abus du speculum uteri dans le traitement de cette maladie* (Paris 1837)
- *Fragmens de thérapeutique et de médecine pratique* (Paris 1846)
- Guillier, Octave, *Histoire de l'hôpital N. D. de Pitié de Paris 1612–1882* (Thèse Faculté Médecine Paris n° 187, 1882)
- Lair, Samuel, *Nouveau traitement de la méthode des ulcères, ulcérations, et engorgements de l'utérus* (Paris 1828)
- Lemaire, Louis Hippolyte, *Dissertation sur les affections cancéreuses du col de la matrice, leur traitement, et l'opération qu'elles réclament* (Thèse Faculté Médecine Paris n° 174, 1828)
- Lisfranc, Jacques, *Réclamation contre Dupuytren sur plusieurs points de chirurgie opératoire* (extrait de la Revue médicale et journal de clinique de l'Hôtel-Dieu et de la Charité de Paris, mars 1825) (Paris 1825)
- «Amputation du col de l'utérus», *Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie* (1828) 106, 241–242, 261, 278–281
- «Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus», *Gazette médicale de Paris* (1834c) 385–389
- *Clinique chirurgicale de la Pitié* (Paris 1841–1843)
- *Précis de médecine opératoire* (Paris 1841–1847)
- Magistel, D.-M. P., «Observations et remarques pratiques sur les ulcères du col de l'utérus», *Gazette médicale* (1835) 49–53
- «Mort de M. Lisfranc», *Union médicale* (1847) 239–240, 243–244, 261–262, 265–266
- Murat, Patissier, «Matrice», *Dictionnaire des sciences médicales*, tome 31 (Paris 1819) 143–247
- Mury, Narcisse Désiré, *Du cancer de l'utérus et de sa thérapeutique* (Thèse Faculté Médecine Paris n° 41, 1826)
- Otterburg, Salomon Jonas, *Lettres sur les ulcérations de la matrice et leur traitement* (Paris 1839)
- Pilastre, E., *Malgaigne (1806–1865) Etudes sur sa vie et ses idées* (Paris 1905) (sur Lisfranc: 153–162)
- Richerand, Anthelme, *Nosographie et thérapeutiques chirurgicales* (Paris 1821)
- Sabatier, Raphaël Bienvenu, *De la médecine opératoire* (Paris 1832)
- Tely, Sidoine, «M. Lisfranc», *Gazette des hôpitaux* (1847) 265–266
- Triaire, Paul, *Bretonneau et ses correspondants* (Paris 1892) 1599
- Tröhler, Ulrich, «L'essor de la chirurgie», dans: Mirko D. Grmek, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, tome 3 (Paris 1999) 235–251
- «Utérus. Pathologie», *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, tome 37 (Paris 1885) 601–813