La méthodologie de la recherche clinique à Genève entre la fin du XVIII^e et le début du XIX^e siècle: l'exemple des recherches sur le croup*

Christiane Ruffieux

Summary

In the history of the clinic, the introduction of quantitative methods in mid-19th century medicine was obviously of great epistemological importance. The controversy about Louis's "numerical method" in the 1830's was an essential step in medical statistics. This paper deals with three Genevan dissertations from 1809 submitted to the prize essay contest on croup announced by Napoleon. It shows that collecting and comparing medical cases was practised well before 1830. An analysis of the numerical methods used by the Geneva physicians reveals international cultural influences. The awareness of the potential of numbers in medicine was increasing but marked by difficulties.

Keywords: Clinical history, numerical method, statistics, croup, Geneva in the 19th century

Résumé

Du point de vue de l'histoire de la clinique, l'importance épistémologique de l'introduction d'une méthode quantitative en médecine au milieu du XIX^e siècle est évidente. La controverse engendrée à l'occasion de l'introduction de la «méthode numérique» de Louis dans les années 1830 en marque

* Mes remerciements vont à Philip Rieder pour sa relecture critique d'une première version de cet article. Ses conseils m'ont été d'une aide précieuse.

Christiane Ruffieux, IUHMSP – Inst. Univ. d'Histoire de la Médecine et de la Santé Publique; IUMSP-Inst. Univ. de Médecine Sociale et Préventive, Université de Lausanne (christiane.ruffieux@chuv.ch).

une étape et s'impose comme un moment dans l'histoire des statistiques médicales. L'étude présentée ici porte sur trois mémoires genevois rédigés en 1809 en réponse à un concours sur le croup lancé par Napoléon. Elle montre qu'il était question d'additionner et de comparer des cas bien avant 1830. L'analyse des méthodes chiffrées mobilisées par les auteurs genevois à cette occasion permet de reconstituer leur méthodologie et leurs influences culturelles, clairement internationales. La prise de conscience du potentiel des nombres en médecine, cette histoire le montre, était progressive et semée de difficultés.

Introduction

«Comment un médecin doit-il penser, comment doit-il agir?» Cette question, que l'étudiant genevois à Paris, Marc Jacob d'Espine (1806–1860), aborde dans sa thèse en 1833, s'impose comme une question fondamentale pour la médecine du début du XIX^e siècle. Alors que les médecins considèrent avec méfiance tout cadre théorique dépourvu d'un fondement pratique, rejetant ce qu'ils qualifient comme «l'esprit de système», ils se tournent naturellement vers les connaissances empiriques gagnées au lit du patient pour asseoir leur pratique. La question de comment construire à partir de ces observations subjectives une science clinique devient alors cruciale: qu'est-ce qu'une preuve en médecine? Quels arguments permettent de justifier du choix d'une intervention thérapeutique plutôt que d'une autre?¹

Les réponses que l'on peut apporter aujourd'hui à de telles questions sont complexes. La compilation d'histoires de cas était alors une méthode traditionnelle qui semblait aller de soi pour le plus grand nombre de médecins. Pour d'autres, comme Marc d'Espine, au contraire, disposer d'une méthode rationnelle s'impose comme une nécessité. Il voit dans la «méthode numérique» de Pierre-Charles Alexandre Louis (1787–1872) une méthode «impartiale» pour tirer parti des faits passés. Compter, telle est encore la logique en vigueur aujourd'hui. Pourtant, cette logique ne semble pas intuitive, tant elle provoque, hier comme aujourd'hui, des résistances.²

1 Ces questions s'imposent encore aujourd'hui dans le cadre de l'épidémiologie clinique, une discipline qui a émergé dans les années 1960 et qui a pour objet le développement de méthodes scientifiques pour construire et valider la connaissance médicale et de règles de décision thérapeutique dans la pratique. Voir Sackett 2002 et Fletcher 1996. L'Evidence-Based Medicine (EBM) – médecine par les preuves – est un sigle qui s'est imposé à partir de 1992 pour désigner les connaissances et les pratiques médicales validées par les méthodes de l'épidémiologie clinique.

2 Weisz 2005.

L'historiographie du nombre en médecine a fait une large place à la méthode numérique de Louis, rendue célèbre par la controverse qu'elle provoqua à l'Académie de Paris en 1837.³ La controverse révèle une tension entre différentes façons de concevoir à la fois le savoir médical et la pratique du médecin au chevet du malade. Elle attire l'attention sur le fait que le poids du nombre n'était alors pas une évidence en médecine et incite à interroger plus finement le point de vue des médecins de cette époque sur le statut du savoir qu'ils pouvaient tirer de leurs observations. Pour ce faire, l'historien doit se départir de son *a priori* et chercher à restituer le point de vue de praticiens de cette époque. Dans cet article, une tentative est faite de procéder à une telle reconstitution à partir de trois études réalisées par Gaspard Vieusseux (1746–1814),⁴ Louis Jurine (1751–1819)⁵ et Jean-Pierre Maunoir (1768–1861),⁶ sur une maladie peu connue alors, le croup. Ce sera l'occasion d'interroger les méthodes utilisées par ces praticiens pour arriver à des convictions cliniques et thérapeutiques. Comment organisent-ils leurs observations de cas? Quels arguments présentent-ils comme convaincants? Comment expriment-ils leurs doutes quant à la validité de leur approche?

L'idée de fonder la médecine sur des observations n'est pas nouvelle dans le premier tiers du XIX^e siècle. Le corpus hippocratique a servi de modèle à nombre de médecins désireux de contribuer au savoir médical depuis la Renaissance. Dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle, à Genève comme en France ou en Grande-Bretagne, les médecins praticiens étaient nombreux à déclarer vouloir fonder leurs connaissances et décisions sur des faits.⁷ Dans les polémiques autour de l'utilité de l'inoculation ou les débats sur la «météorologie médicale», certains auteurs avançaient des statistiques, convaincus du poids argumentatif du nombre.⁸ Il faut toutefois rappeler que ces approches numériques diffèrent de la pensée statistique du XX^e siècle, dont la composante majeure, l'inférence statistique, n'émergera qu'à la fin du XIX^e.⁹ Le nombre, en médecine, apparaît dans diverses fonctions (mesure biologique, mesure de risque, mesure d'incertitude, critère de preuve), qui se superposent et parfois se confondent. Intégrer l'histoire du nombre dans

3 Ackercknecht 1986, 135–138; Matthews 1995.

4 Le mémoire original ne se trouve pas à Genève. Vieusseux publie son mémoire en 1812. Pour cet article, c'est la version publiée qui a été consultée.

5 Ce mémoire est conservé au Département des Manuscrits de la Bibliothèque de Genève (BGE).

6 Ce mémoire est conservé au Musée d'Histoire des Sciences de Genève (MHS).

7 Keel 2001; Troehler 2000; Troehler 2010.

8 Rusnock 2002.

9 Magnello/Hardy 2002. Voir en particulier les essais de Kraeger et Rusnock. Voir aussi Porter 1986.

l'histoire plus large d'un processus de quantification et d'objectivation par des techniques instrumentales plus ou moins sophistiquées permet d'en mieux éclairer les difficultés, les tensions et les transitions.¹⁰ Dans cette vision unifiée, les nombres et les techniques statistiques sont considérés comme des outils de pensée.

Pour appréhender les écrits médicaux historiques, il est important d'avoir conscience de l'état des outils de pensée qui conditionnent (et sont conditionnés par) les perceptions et les représentations du corps et de la maladie. A la fin de l'Ancien Régime, l'individu s'inscrit, corps et âme, dans un contexte géographique, familial et social qui tend à le distinguer médicalement des autres. Les corps sont perçus comme possédant un tempérament et une constitution propres, même si certains traits sont parfois partagés entre différents membres d'une même famille. Que certains patients se disent rassurés du rétablissement d'une connaissance qui aurait souffert des mêmes maux ou réclament du médecin un traitement qui aurait réussi pour autrui, témoigne du fait que des similitudes de comportement des corps étaient attendues, y compris dans un cercle plus large que celui de la famille. Toutefois, au-delà de ces similitudes, chacun a conscience de son unicité.¹¹ La culture médicale que partagent médecins et malades est basée sur l'existence de corps singuliers. Pour que l'approche numérique s'impose, il faut que les traits communs aux corps soient valorisés. La question de l'idiosyncrasie ou, au contraire, de l'universalité des corps se trouve au cœur des débats épistémologiques du moment.

Le savoir médical traditionnel émerge d'échanges entre médecins et laïcs.¹² Il se construit selon un processus d'accumulation, où les nouvelles images se superposent aux anciennes, enrichissant la palette des explications possibles tout en maintenant la possibilité de recours à des concepts contradictoires. Il n'est ainsi pas rare qu'un patient ou un médecin recoure simultanément à des concepts appartenant à des modèles théoriques différents.¹³ Ces traits généraux sont propres à l'Europe des Lumières. Genève, dont les auteurs médicaux dont il sera question plus loin sont issus, n'est pas un centre médical traditionnel, mais acquiert, à partir de 1750, une réputation d'excellence médicale.¹⁴ L'organisation sanitaire de la ville s'apparente à celle de

10 Jorland/Opinel/Weisz 2005.

11 Rieder/Barras 2005.

12 Rieder 2010. Le terme laïc est utilisé pour désigner toute personne qui n'est pas médecin.

13 Stolberg 2011.

14 Ackerknecht 1966; Rieder 2009. L'Université de Genève n'a pas d'enseignement universitaire de médecine jusqu'en 1876. Néanmoins, la présence de Theodore Tronchin (1709–1781), médecin des rois, célèbre pour ses actions en faveur de l'inoculation variolique, fait de la ville de Genève un centre de formation à une époque où l'enseignement pratique auprès d'un médecin réputé a indéniablement une grande valeur.

n'importe quelle autre ville européenne de taille similaire, seule une densité plus forte de soignants – due, en partie du moins, à l'arrivée de vagues successives de réfugiés – et la reconnaissance des apports de certains médecins genevois dans la genèse et la publication de découvertes importantes lui confèrent une quelconque distinction.¹⁵ Les médecins actifs dans la deuxième moitié du siècle partagent des aspirations scientifiques qui les distinguent de leurs prédécesseurs: outre leurs consultations quotidiennes, plusieurs parmi eux consacrent beaucoup de temps à des activités de recherche. Ils tiennent des journaux cliniques où ils consignent des résumés des histoires de leurs patients. Ces observations sont l'objet de compilations, publications, discussions et comparaisons.¹⁶

En outre, la circulation des informations – par le biais des correspondances privées, traités, articles de revues, encyclopédies, traductions – est encouragée par les réseaux scientifiques qui se mettent en place à travers toute l'Europe. Par exemple, en France, la Société Royale de Médecine, créée en 1776 à Paris, se donne pour mission d'organiser un vaste réseau de correspondance. Elle organise des concours pour inciter les médecins à communiquer leurs observations sur des problèmes spécifiques, dans l'idée qu'en mettant ensemble les expériences de chacun, une solution se dessinera. L'intérêt des médecins genevois pour cette activité de recherche est manifeste. Cet attrait pour la science s'explique peut-être par la qualité des enseignements donnés à l'Académie par des professeurs comme Horace-Bénédict de Saussure (1740–1799).¹⁷

A Genève au début du XIX^e siècle, le milieu médical, connu pour sa cohésion et son émulation, est particulièrement réceptif à ce désir de partage et d'uniformisation des pratiques.¹⁸ Plus largement, les médecins genevois ont un intérêt marqué pour les questions de «santé publique», comme en témoigne Jean Charles Léonard Simonde de Sismondi (1773–1842) dans une section intitulée «santé publique» de sa *Statistique du Département du Léman*.¹⁹ Il y insère les tables de mortalité, calculées pour les deux siècles précédents par Louis Odier (1748–1817), tables qui «prouvent évidemment

15 Buess 1947; Muellener 1964, 1965; Gautier 1906; Rieder 2009.

16 La tenue de journaux cliniques, dans lesquels les observations sont rédigées sous un format standardisé, est enseignée à Edimbourg. Voir Risse 1986. Sur l'activité heuristique des médecins genevois, voir Rieder/Louis-Courvoisier 2010, 598–600.

17 Sur le milieu des naturalistes genevois, voir Sigrist 2004.

18 Entre 1806 et 1809, trois sociétés médicales sont créées ou réactivées: en 1806, la société médico-chirurgicale du samedi, en 1808, la société de médecine et en 1809 une nouvelle société médico-chirurgicale, dite «du mardi». Leur but est de s'informer des pathologies fréquentes, nouvelles ou extraordinaires rencontrées, de communiquer les résultats obtenus avec les divers remèdes essayés et de s'informer des résultats de leurs autopsies.

19 Sismondi débute la rédaction de ce livre en 1801 à la demande du préfet A. M. d'Eymar. Ce dernier étant tombé malade, Sismondi termine seul et publie l'ouvrage à son nom.

le progrès que l'on fit dans l'éducation physique des enfants et dans l'art de conserver la santé et probablement dans celui de guérir les maladies» car l'espérance de vie a «constamment» augmenté depuis le milieu du XVI^e siècle.²⁰ Ces tables sont censées montrer «le climat de Genève sous un point de vue avantageux quant à la salubrité». Sismondi attribue aux médecins de la ville le mérite de cette bonne santé.²¹ Odier est l'un des médecins qui a contribué à la réputation d'excellence de ce milieu médical. Il a joué un rôle majeur pour la diffusion des connaissances entre les médecins et chirurgiens, tant au sein des sociétés médicales que par ses traductions ou comptes-rendus d'ouvrages étrangers publiés dans la Bibliothèque Britannique.²² Dans le choix des ouvrages dont il rend compte dans ce périodique, Odier marque une prédilection pour les études sur de grandes séries de cas. Il émaille alors son texte de réflexions sur la méthode à utiliser pour juger de l'efficacité d'un traitement. Par exemple en introduction du compte-rendu du traité de John Haygarth (1740–1827), médecin à Chester:

Lors donc qu'on veut savoir si le kina peut être employé avec succès dans le rhumatisme aigu, il faut surtout consulter non les principes d'une théorie qui peut être illusoire, mais les résultats de l'expérience, et examiner, non si ses propriétés sont de nature à diminuer l'influence des causes prochaines qui constituent la maladie, mais s'il a réellement réussi dans le plus grand nombre de cas dans lesquels on l'a employé.²³

Ou en conclusion du compte-rendu du manuel de George Fordyce (1736–1802), médecin écossais:

Revenons donc à la seule méthode qui puisse nous faire arriver à la vérité, celle de l'observation. Recueillons avec soin toutes les apparences sensibles qui se manifestent à la suite de tel ou tel agent de maladie ou de guérison. Rédigeons-les sans esprit de système et de la manière la plus propre à bien mettre en évidence les résultats. C'est l'unique moyen de parvenir un jour à une connaissance exacte de la nature des maladies, de leurs causes, et du meilleur traitement dont elles sont susceptibles.²⁴

20 Odier a étudié la médecine à Edimbourg. Après son doctorat, il voyage à Londres, Leyde et Paris. Il a joué un rôle majeur entre autres dans l'introduction de la vaccine en Europe. Il a un intérêt marqué pour la santé publique. Il a calculé des tables de mortalité à partir des registres mortuaires de la ville, tenus depuis le XVI^e siècle. Remarquons que ces tables présentées sans explications laissent croire qu'elles sont familières au lecteur. Pour des éléments biographiques et bibliographiques sur Odier, voir Odier 2011, 173–174.

21 Sismondi 1971. Sismondi relève tout particulièrement le rôle décisif des médecins genevois dans l'introduction de l'inoculation, de la vaccine ou de la lutte contre la pratique «barbare» de l'embaumement des enfants.

22 Périodique fondé à Genève en 1796 dans le but de maintenir les échanges scientifiques et littéraires avec l'Angleterre, pendant le blocus avec la France. Voir Barblan 1975.

23 Odier 1807a, 136–137. Haygarth présente les résultats de 168 patients atteints de rhumatisme aigu, dont 104 ayant reçu du kina.

24 Odier 1807b, 273–274. Fordyce décrit un prototype de tableau que le médecin devrait remplir pour chaque patient, afin de l'aider à écrire une synthèse de son expérience en fin de carrière. Odier avait entrepris de mettre en pratique cette méthode qu'il avait apprise à Edimbourg, mais il y a renoncé, jugeant qu'il est «moralement impossible d'écrire l'histoire de chacun d'eux sur des feuilles séparées».

De la méthode d'analyse utilisée par Thomas Fowler (1735–1801), médecin et pharmacien à York, Odier écrit qu'il s'agit d'un «modèle presque unique». Cette méthode consiste à compter le nombre de «guéris», «soulagés», «*statu quo*», «morts».²⁵ En note, il renvoie à un article qu'il avait publié quelque 20 ans auparavant et dans lequel il utilisait cette même méthode pour évaluer l'effet du magistère de bismuth.²⁶

Ainsi, à Genève comme en France ou en Grande-Bretagne, l'idée prévaut parmi les médecins que l'accumulation d'observations particulières permet de progresser vers la vérité. Cela dit, la méthode à suivre est encore peu sûre:

On se tromperait beaucoup si l'on croyait qu'il suffit pour cela de recueillir les découvertes modernes et de les publier à la suite des tableaux déjà existants. On ne ferait là que grossir inutilement la science et l'on s'exposerait même à perdre le principal fruit de ces découvertes.²⁷

Ainsi, si le statut épistémologique du fait particulier qui sert de *preuve* pour le fait général est déjà largement admis depuis la fin du XVII^e siècle,²⁸ il faut bien admettre que les médecins se heurtent à une difficulté de taille: leurs faits particuliers sont des histoires complexes. Que le lieu et le temps soient, selon le paradigme néo-hippocratique dominant de ce siècle, des facteurs influant sur la marche de la maladie et l'efficacité d'un traitement suffiraient déjà à rendre toute tentative de généralisation et de classification vaine. Mais à ces facteurs il faut encore ajouter les déterminants individuels tels que la constitution des patients et le savoir-faire du médecin (son *expérience*). Tout cela complique évidemment considérablement les tentatives visant à construire une connaissance «scientifique» des maladies et de leurs traitements sur la base des faits observés.

Marc d'Espine, conscient de la difficulté, se demande comment le médecin doit «penser» et «agir». Pour nous, la question est de comprendre comment il «pense» et «agit» pour améliorer sa pratique et acquérir ce sentiment d'expérience. Dans les pages qui suivent, les trois mémoires sur le croup envoyés de Genève en 1809 vont servir à révéler les méthodes cliniques et rhétoriques que développent ces médecins. Une attention particulière sera prêté 1) à la façon dont chaque auteur représente l'épisode morbide et 2)

25 Odier 1796. Fowler a extrait les notes de 500 patients atteints de rhumatisme parmi les 5000 patients qu'il a suivis en 40 ans de pratique et présente «plusieurs tableaux destinés à apprécier comparativement l'effet de chacun des remèdes les plus ordinairement employés» (p. 110).

26 Odier 1786. L'étude incluait 78 patients souffrant de longue date, sans que jusque-là rien ne soit parvenu à les soulager. Il présente le décompte des guéris, soulagés, *statu quo* et, sur la base des chiffres, il conclut à l'efficacité du remède, particulièrement pour les maux d'estomac.

27 Odier 1802, 37–38.

28 Poovey 1998.

ce qui fait office de preuve pour une assertion et justifie une action thérapeutique. Nous aborderons, pour terminer, la question des présupposés épistémologiques qui se dégagent de ces textes.

Le croup: définition et histoire

Actuellement, le terme «croup» ou «vrai croup» désigne la *diphtérie laryngée* ou *croup diphtérique*. Le «vrai croup» est d'origine bactérienne. Il est caractérisé par des fausses membranes qui tapissent les voies respiratoires et rendent d'autant plus difficile la respiration qu'elles sont nombreuses. C'est une maladie grave, contagieuse, qui touche principalement les jeunes enfants. Sans traitement, la létalité de la diphtérie peut atteindre 90% pour les souches les plus virulentes. La spécificité de différentes inflammations, dont le croup diphtérique, sera reconnue par Pierre-Fidèle Bretonneau (1778–1862). Il nomme ces affections les *diphtérîtes* et publie le résultat de ses découvertes sous le titre *Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphtérie*, en 1826, soit bien après les mémoires dont il sera question ici.²⁹

Le terme *croup* apparaît pour la première fois en 1765 dans un traité intitulé *Inquiry into the nature, cause and cure of the croup*. L'auteur, Francis Home (1719–1813), médecin à Edimbourg, croit découvrir une maladie nouvelle, distincte des fièvres catarrhales, des affections pulmonaires (pleurésies, péripneumonies), de la coqueluche, de l'asthme aigu, des angines et de l'esquinancie. L'existence de cette nouvelle maladie sera contestée jusqu'à l'identification du bacille en 1883. De fait, comprendre ce que désigne le terme *croup* pour un médecin du début du XIX^e siècle n'est pas chose aisée, tant cette catégorie nosologique est floue, varie d'une région à l'autre et d'un médecin à l'autre.

Il faut attendre quinze ans après la publication de Home pour voir des cas de croup identifiés en France. En 1780, dans les Mémoires de la Société Royale de Médecine, deux cas de croup sont rapportés par le Dr Paul-Augustin Mahon (1752–1801), médecin à Chartres, qui termine son article en invitant ses correspondants à «communiquer ce que l'expérience leur a appris» sur cette maladie dont on ne connaît bien ni «la nature ni le siège».³⁰ Un premier concours est lancé en 1783 par la Société Royale de Médecine,

29 Le bacille est identifié en 1883 par Theodor Albrecht Edwin Klebs (1834–1913), médecin allemand. Voir Kaba 2004.

30 Mahon 1780, 210.

qui demande si *la maladie connue en Ecosse et Suède sous le nom de croup ou angine membraneuse existe en France*. A Genève, Gaspard Vieusseux, qui affirme être alors le seul médecin genevois à voir des cas de croup (peut-être avait-il été sensibilisé à cette maladie en suivant l'enseignement de Home à Edimbourg, avec Louis Odier et Daniel de la Roche), rédige un mémoire «dont tout le mérite consistait dans une vingtaine d'observations faites à Genève, la plupart assez détaillées».³¹ Il reçoit le prix, mais son mémoire ne sera pas publié, contrairement à l'usage. En lieu et place se trouve un article du Dr Nicolas Chambon de Mantaux (1748–1826), médecin à Paris, qui tient à «fixer l'attention des médecins sur le véritable caractère du croup» et «faire connaître les principales erreurs des praticiens qui ont écrit sur cette maladie».³² Chambon s'oppose aux médecins qui, à l'instar de Vieusseux, pensent que la maladie est inflammatoire.

A partir de 1784, le croup est reconnu par un nombre croissant de médecins à Genève et en France. En 1790, le terme fait son apparition dans les registres mortuaires genevois. En 1799, Daniel de la Roche (1743–1812)³³ et Brewer rendent compte des idées de Johann Ernst Wichmann (1740–1802) sur le croup.³⁴ Ils y ajoutent quatre de leurs observations faites à Paris, affirmant ainsi que cette maladie existe à Paris, tout comme l'avait supposé Vieusseux dans son «excellent mémoire» qui «prouvait par beaucoup de faits» que cette maladie existait à Genève et qu'elle existait «vraisemblablement» en France. Le samedi 24 octobre 1801, Vieusseux lit devant la Société médico-chirurgicale du samedi une communication sur le croup, «à présent une maladie si connue».³⁵ Il décrit dix cas, dont sept récents (observés entre 1795 et 1799).³⁶ En 1802, le *croup* est la première des «principales inflammations intérieures» citée par Odier dans le compte-rendu de son *Manuel de médecine pratique* publié dans la Bibliothèque Britannique.³⁷

En 1807, l'Empereur Napoléon I^{er}, affligé de la perte de son neveu, emporté par le croup, ouvre un nouveau concours sur cette cruelle maladie.³⁸

31 Vieusseux 1812, v.

32 Chambon 1787, 81. Ce texte est lu devant la société le 31 août 1784, jour où fut attribué le prix.

33 De la Roche est un médecin genevois, ami de Vieusseux et de Odier. Il a étudié à Leyde, puis à Edimbourg. Il s'est installé à Paris.

34 De la Roche/Brewer 1799. Wichmann émet l'idée qu'il existe deux espèces différentes de croup, l'une inflammatoire, l'autre non. Brewer, médecin allemand, co-édite avec de la Roche la Bibliothèque Germanique.

35 MHS, Manuscrits G. Vieusseux.

36 Vieusseux 1806. Les autres cas datent de 1777, 1779 et 1782.

37 Odier 1802.

38 En mai 1807, le croup emporte Napoléon Charles Bonaparte (1802–1807), fils de Louis Bonaparte (frère de Napoléon) et de Hortense de Beauharnais (fille de Joséphine, épouse de Napoléon).

La question du concours est posée par le ministre de l'Intérieur, dans un arrêté du 21 juillet 1807:

Déterminer d'après les monuments pratiques de l'art et d'après des observations exactes, les caractères de la maladie connue sous le nom de croup et la nature des altérations qui la constituent; les circonstances extérieures et intérieures qui en déterminent le développement; ses affinités avec d'autres maladies; en établir, d'après une expérience constante et comparée, le traitement le plus efficace; indiquer le moyen d'en arrêter les progrès et d'en prévenir l'invasion.³⁹

Ensuite de cette question, il est précisé que les mémoires doivent «commencer par une description exacte et caractéristique de tous les temps de la maladie désignée par cette dénomination», puis que les concurrents doivent répondre à une série de questions, groupées sous les thèmes suivants: origine et fréquence de la maladie, caractères propres et différentiels, causes occasionnelles déterminables, mortalité, état des organes, traitement et préservation. Ces thèmes relèvent, on le voit, aussi bien de l'histoire clinique de la maladie (le diagnostic, le traitement, le pronostic et la prévention) que de son épidémiologie (fréquence, mortalité, causes occasionnelles). En outre, l'Ecole de Médecine a rendu public un «recueil de tous les faits et observations relatifs au croup, contenus soit dans les ouvrages nationaux et étrangers qu'elle possède, soit dans les mémoires non publiés, dont la Société Royale de Médecine était dépositaire».⁴⁰ Ce travail important de compilation donne la mesure de l'importance de ce concours.

C'est donc un véritable programme de recherche qui est soumis aux concurrents.⁴¹ Le prix à décerner est d'une valeur de 12 000 francs, une somme importante, qui pourrait expliquer qu'il y eut de nombreux concurrents dont pas moins de trois Genevois.⁴² Deux des trois mémoires envoyés de Genève sont récompensés: Jurine reçoit le premier prix, en partage avec Johann Abraham Albers (1772–1821).⁴³ Vieusseux reçoit la mention honorable.

39 La question du concours est publiée par l'Académie des Sciences et, entre autres journaux, dans *l'Esprit des Journaux* de septembre 1807, 146–152.

40 Jurine mentionne dans son mémoire à quel point ce recueil fut une aide précieuse. Vieusseux, plus critique, exprime des doutes quant au diagnostic de certains cas présentés comme des croups.

41 Le dernier délai pour l'envoi des manuscrits est fixé au 1^{er} janvier 1809, un délai assez long pour permettre aux concurrents de répondre à toutes les questions de ce programme inhabituellement long.

42 Le mémoire de Vieusseux porte le n 79 selon la lettre du ministre de l'Intérieur à Vieusseux, du 13 février 1812, annonçant le résultat. Vieusseux 2008/27 carton n 4.

43 Le mémoire de Jurine sera publié en allemand par Albers en même temps que le sien propre.

Qui sont les auteurs de ces trois mémoires genevois?

Vieusseux, Jurine et Maunoir sont les auteurs principaux des trois mémoires. Ils sont des hommes déjà bien établis au moment du concours. Vieusseux est un médecin de 61 ans au moment du concours, atteint dans sa santé et endetté.⁴⁴ Jurine, à peine plus jeune, chirurgien de formation, est un savant et médecin renommé, notamment par les prix qu'il avait obtenus lors de précédents concours.⁴⁵ Maunoir est chirurgien. D'environ 20 ans leur cadet, il n'a encore que peu publié. Il est ambitieux, en témoigne sa postulation (sans succès) en 1812 à une chaire de professeur à Montpellier.⁴⁶ Il faut en outre mentionner les noms de Jean-François Coindet (1774–1834) et de Jean Peschier (1774–1831), deux jeunes médecins en début de leur carrière, qui ont contribué au travail de Jurine pour le premier et Maunoir pour le second.⁴⁷

En somme, ces médecins diffèrent par leur âge, par leur formation (médecins ou chirurgiens) et par leur lieu de formation (Paris, Leyde, Edimbourg). Malgré ces différences, ils ont l'occasion de se rencontrer et d'échanger leurs opinions puisque tous appartiennent à l'une ou l'autre des sociétés médicales genevoises, voire à plusieurs.⁴⁸ En tant que collègues, il n'est pas rare qu'ils visitent ensemble des malades ou qu'ils se consultent mutuellement au sujet d'un cas.⁴⁹

44 Vieusseux a étudié la médecine à Leyde entre 1764 et 1766. Après l'obtention de son doctorat, il voyage à Edimbourg, Londres, Paris, Vienne, avant de revenir à Genève où il obtient l'agrégation en 1771. Il est un partisan de l'inoculation antivariolique puis de la vaccine. Son nom est associé au syndrome de Vieusseux-Wallenberg, dont il souffrit à la fin de sa vie et dont il donna la description détaillée. Pour une biographie de Vieusseux voir Muellener 1965 ou Olivier/Morsier 1943.

45 Jurine a étudié la chirurgie à Genève, puis à Paris entre 1775 et 1776. Il poursuit une double carrière de savant et de praticien. Des prix obtenus pour ses travaux sur les gazs du corps humain, sur l'allaitement artificiel et sur le croup lui ont acquis une grande réputation de médecin. Pour une biographie de Jurine, voir Sigrist/Barras/Ratcliff 1999, 11–52.

46 Maunoir est médecin de famille, chirurgien et accoucheur, spécialiste de l'œil réputé. Il s'est formé à Paris, au début des années 1790. Après un séjour en Angleterre, il revient à Genève, reçoit l'agrégation en 1793. Pour une biographie plus détaillée de Maunoir voir Franceschetti 1975.

47 Coindet et Peschier ont tous deux obtenu leur agrégation de médecin à Genève en 1800, après des études à Edimbourg. J. Olivier (1948), se basant sur des notices nécrologiques de ces deux médecins, affirme que Coindet aurait «conjointement» travaillé à cette étude avec Jurine et que Peschier et Maunoir se seraient «unis» pour le concours. Il compte ainsi cinq participants genevois à ce concours. Néanmoins, la contribution exacte de ces deux jeunes médecins, hormis qu'ils ont chacun fourni une dizaine d'observations, est difficile à établir.

48 Vieusseux appartient aux trois sociétés. Maunoir est membre des deux sociétés médico-chirurgicale. Jurine est membre de la société médico-chirurgicale du samedi. Coindet est membre de la société médico-chirurgicale du samedi et de la société de médecine. Peschier est secrétaire de la société de médecine.

49 Louis-Courvoisier 2000, 217–221.

Pourquoi trois mémoires de Genève?

Entre 1780 et 1810, le croup est devenu un sujet de discussion et probablement de controverse à Genève. Vieusseux rapporte s'être étonné avec ses collègues, lors de leurs «assemblées périodiques», d'être le seul à voir des croups. Un peu perfide, il affirme ne pas pouvoir croire que ses collègues l'aient manqué souvent «car la maladie est trop remarquable pour qu'on la méconnaisse».⁵⁰ Pour Jurine au contraire, le croup est difficile à reconnaître car il y aurait différentes espèces. Sarcastique, il lance:

Lorsque l'expérience aura ajouté aux connaissances qu'on a déjà acquises sur la maladie qui fait le sujet de ce mémoire on parviendra sûrement à discerner la variété des effets que produisent sur les voies aériennes les différentes causes irritantes qui agissent sur elles et on sentira, seulement alors, toutes les nuances dont le croup peut-être susceptible, nuances qui formeront indubitablement plusieurs espèces dans le genre. Défions nous donc un peu de l'opinion de ceux qui, confondant toutes les modifications du croup, affirment qu'il n'y a rien de plus facile que de le reconnaître et soyons persuadés qu'ils changeront de manière de penser lorsqu'ils auront vu un grand nombre de malades surtout dans les diverses épidémies avec lesquelles le croup peut se réunir ou survenir après elles.⁵¹

Un grand nombre d'observations, voilà qui semble important. Vieusseux, pour ce mémoire, n'en mobilise que 36, alors que Jurine et Maunoir en présentent plus de 60. Vieusseux ne cache pas son amertume. Certes, dit-il, il aurait pu «grossir ce volume» en puisant des observations recueillies ailleurs. Mais, il «répugne à se parer des plumes d'autrui». Ni Jurine ni Maunoir ne font preuve de pareille délicatesse.⁵² De plus, Vieusseux se montre très pointilleux quant à l'«authenticité» des observations: «J'ai mieux aimé décrire la maladie telle que je l'ai observée dans ma pratique particulière que de parler de cas que je n'avais pas vus et dont le traitement ne convenant pas pour ce pays-ci, pourrait ne pas convenir pour la plus grande partie de la France.»⁵³

Vieusseux qui, comme les médecins de son temps, croit à la territorialité des maladies et de leur traitement, a certes «emprunté» des cas, mais uniquement à des collègues genevois.⁵⁴ Maunoir confirme avoir «cédé» à ses «rivaux», et à leur demande pressante, un extrait de son cas de trachéotomie.

⁵⁰ Vieusseux 1812, 65.

⁵¹ Jurine, 147.

⁵² Jurine discute de plusieurs cas de Vieusseux et Maunoir donne le tableau des 22 cas présentés par Vieusseux dans son premier mémoire. Remarquons qu'il les compte pour 1 observation, tout comme Jurine ne compte que pour 1 observation la dizaine d'observations «prêtées» par Coindet.

⁵³ Vieusseux 1812, viii.

⁵⁴ Il «emprunte» 9 cas au Dr Veillard qui ne comptent que pour une observation (observation 26), 2 cas au Dr Odier (obs 23 et 25), 1 cas aux Dr Peschier et Maunoir (obs 35) et 1 cas au Dr de la Roche (obs 7).

Il confie regretter d'avoir «renoncé aussi facilement à une propriété qui, à elle seule, aurait pu peut-être inspirer un intérêt mérité à nos juges».⁵⁵

Ainsi, en marge de ces trois mémoires, se profile un véritable «commerce» de cas entre ces médecins praticiens, des cas de plus en plus convoités, à en croire Maunoir: «Il n'est pas d'enfant atteint d'enrouement qui n'ait à l'instant même 5 ou 6 médecins autour de lui, l'oreille tendue pour percevoir le premier bruit indicateur du croup et tâcher de prendre la nature sur le fait.»⁵⁶

En 1808, Jurine voit 27 cas entre janvier et octobre. Jean-Jacques Veillard (1765–1835)⁵⁷ en voit 10 en deux mois. Cette même année, Vieusseux n'en observe aucun.⁵⁸ Il ironise: «Auparavant on ne voyait point de croup où il y en avait, on en a vu souvent où il n'y en avait pas et je suis persuadé que plusieurs des maladies décrites sous ce nom ne sont pas de vrais croups.»⁵⁹

Un climat de tension s'est installé entre Vieusseux, qui se présente comme une autorité sur le croup, lui qui aurait été le premier à avoir identifié cette maladie à Genève, et Jurine ou Maunoir.

Le diagnostic du croup: considérations générales

Chacun des trois mémoires⁶⁰ commence, comme l'exige l'énoncé du programme, par une description «très générale» de la «marche ordinaire de la maladie livrée à elle-même». Pour les trois médecins genevois, le croup est une maladie qui touche les enfants, qui se déroule en trois périodes. La première période dite d'invasion (1 à 2 jours) ressemble à un rhume (accablement, léger mal de tête, un peu de coryza ou de toux, pouls légèrement augmenté). La deuxième période (inflammation) commence en général la nuit. L'enfant est réveillé par des difficultés respiratoires, de la fièvre, des accès de toux rauque. La journée qui suit est presque normale. La troisième période (suppuration) commence la deuxième ou troisième nuit. Tous les

55 Maunoir, 177. L'obs 59 de Jurine, l'obs 35 de Vieusseux et l'obs 63 de Maunoir racontent la même histoire d'une petite fille de 3 ans, qui en août 1802, est morte 24h après que Maunoir, appelé par Peschier, eut tenté la trachéotomie.

56 Maunoir, 60 (note).

57 Veillard est un médecin genevois. Il a obtenu l'agrégation en 1792, après des études à Montpellier. Participe aux séances de la société de médecine (dès 1808) et de la société médico-chirurgicale (dès 1809).

58 Début 1808, Vieusseux est atteint de paralysie.

59 Vieusseux 1812, vii.

60 Ces trois mémoires ont entre 200 et 300 pages et sont structurés en huit chapitres selon un plan dicté par les questions du concours. Ces chapitres présentent des idées générales sur cette maladie. En outre, en réponse à l'exigence de présenter des «observations exactes» stipulée dans la question du concours, chacun des trois mémoires genevois comprend une série d'observations (36 pour Vieusseux, 63 pour Jurine et Maunoir).

symptômes réapparaissent avec plus de violence. Aux accès de toux, au cours desquels l'enfant rejette des lambeaux d'une membrane blanchâtre, succèdent de terribles épisodes de suffocation. Puis l'enfant périt.

La concordance entre ces trois histoires est étonnamment bonne.⁶¹ D'où tiennent-ils leur conception de la «marche ordinaire» de la maladie? Jurine la présente comme fondée «sur les résultats d'une pratique de 36 ans dans un pays où cette maladie n'est pas rare»;⁶² Vieusseux n'a jamais «vu de croup dans aucune des universités ni aucun des hôpitaux» qu'il a fréquentés et n'a eu «pour guide que deux auteurs qui se contredisent»;⁶³ Maunoir pour sa part, aurait entendu parler du croup en Ecosse sans jamais en avoir vu.⁶⁴ Leur conception commune de la «marche du croup livré à lui-même» proviendrait donc non d'une source commune, mais d'une expérience commune. Ils communiquent bien mieux ensemble qu'ils ne le laissent entendre.

Nos trois médecins s'accordent encore sur la nature inflammatoire de la maladie. Ils rapportent qu'une «cause» ou «agent irritant» «se fixe» dans le «tube aérien» et produit une «irritation». S'ensuit une inflammation qui produit une sécrétion d'une nature inhabituelle. Cette sécrétion forme une fausse membrane qui tapisse la trachée et remplit parfois les poumons ou les bronches. La mort survient en quelques jours, suite à l'obstruction des voies respiratoires selon Maunoir, suite à des spasmes provoqués par l'irritation selon Jurine et Vieusseux. Les chirurgiens Jurine et Maunoir sont plus précis quant à la localisation, puisque selon eux le siège se trouverait dans la membrane muqueuse du larynx ou de la trachée. Pour ces deux chirurgiens, les maladies se distinguent d'après le tissu des organes. Maunoir établit de plus une distinction entre quatre espèces d'inflammation: celles du tissu cellulaire (*phlegmasies*), celles du tissu muqueux (*érysipélateuses*), celles des membranes séreuses (*séreuses*), celles des fibres charnues (*musculaires*).⁶⁵

Les opinions des auteurs genevois diffèrent dès lors qu'il est question des caractéristiques qui distinguent le croup d'autres affections similaires (diagnostic différentiel). Pour Vieusseux, qui se réfère à la nosographie de

61 Elle concorde aussi, pour ce qui est des symptômes principaux, avec celle de Odier telle qu'on peut la lire dans la Bibliothèque Britannique (Odier 1802, 282–284) et avec celle de Home 1765.

62 Jurine, 2. Remarquons que, s'il est bien installé depuis 36 ans, tout laisse à croire que son expérience du croup est plus récente (le premier cas de croup cité date de 1789 c'est-à-dire 20 ans auparavant).

63 Vieusseux 1812, 189. Il s'agit probablement de William Cullen (1710–1790) et de Home.

64 Maunoir mentionne que, lorsqu'il voit son premier cas, en 1795, il appelle un confrère (obs 54).

65 Il serait hâtif de voir là une influence de Paris sur Genève. John Hunter (1728–1793), chirurgien écossais établi à Londres, avant Marie François Xavier Bichat (1771–1802), enseignait une approche localiste et anatomo-structurale de la maladie. Voir Keel 1988.

son maître écossais, William Cullen (1710–1790), le croup est un autre nom de l'*angine trachéale* (*cynanche trachealis*), alors que Maunoir et Jurine, qui, sur ce point, se réfèrent à Herman Boerhaave (1668–1738), considèrent que le *croup* et l'*angine trachéale* sont deux maladies distinctes.

Toutes les fois que l'irritation cause première de la maladie ne franchira pas les limites de la membrane muqueuse, elle constituera le croup et dès qu'elle pénétrera plus profondément dans l'épaisseur de ses tuniques, elle formera en outre une angine trachéale, maladie beaucoup plus grave.⁶⁶

Le croup aurait son siège dans la membrane muqueuse alors que pour l'angine trachéale, c'est toute l'épaisseur du tube aérien qui est touchée. La nuance entre les deux est petite mais «appréciable à un observateur attentif»:

Si l'on supposait que la membrane muqueuse est toujours affectée de la même manière et que son irritation ait pour limites celles de cette membrane on serait dans l'erreur. On peut être persuadé qu'elle pénètre plus ou moins profondément dans l'épaisseur de ses tuniques, suivant le degré d'intensité de la cause qui a produit la maladie et la constitution de l'individu qui en est atteint, de sorte qu'on peut croire qu'il y a autant de nuances dans l'affection de cette membrane qu'il y a de croups.⁶⁷

Jurine et Maunoir reconnaissent des formes très variées de croup, ce qui le rend difficile à diagnostiquer. En raison de cette variabilité, Jurine estime qu'il y a plusieurs «causes irritantes» dont les effets varient en fonction du degré d'irritabilité du siège, de l'intensité ou virulence de l'agent, de la constitution du malade et des maladies auxquelles il est associé. Il cite Antoine Portal (1742–1832) qui avait proposé de diviser les croups d'après le siège de l'irritation: les *croups du larynx* (plus violents et plus rapides, car le larynx est plus sensible) et les *croups de la trachée*. Portal distinguait encore les *croups symptomatiques* (Jurine parle de *symptôme croupal*) et les *croups essentiels*. Vieusseux, pour sa part, critique Portal, estimant qu'il «généralise beaucoup la définition du croup», nommant ainsi «toutes les affections qui peuvent produire de l'étouffement».

Ces médecins conçoivent la maladie comme une entité qui aurait une existence propre, dont il s'agit de déterminer et de classer les différentes variétés⁶⁸. Néanmoins, malgré leurs efforts pour décrire la maladie d'après leurs observations, le croup reste une entité nosologique assez floue. Maunoir et Jurine voient des «nuances» presque infinies qui compliquent le diagnostic. Vieusseux, tout en admettant que la maladie a changé, qu'elle est deve-

⁶⁶ Jurine, 112.

⁶⁷ Jurine, 112.

⁶⁸ Cette conception ontologique de la maladie est celle qui prédomine à Edimbourg. Voir Risse 1986. Stolberg (2011) relève que la conception ontologique de la maladie a des racines qui remontent bien avant l'époque moderne, ce que l'historiographie récente a dénié.

nue «insidieuse», plus difficile à reconnaître, ne voit qu'une espèce de croup, facile à diagnostiquer. Ces textes suggèrent que ces médecins, bien qu'ils s'accordent sur l'histoire clinique naturelle, ne s'accordent pas sur le diagnostic du croup.

Les observations: quelle place et quel rôle?

Les trois mémoires des médecins genevois attestent du fait que ces auteurs sont convaincus que les observations constituent la base d'une connaissance clinique. Comment les observations sont-elles rédigées? Quelle place occupent-elles dans le mémoire? Comment sont-elles organisées et de quoi sont-elles la preuve?

Le style du récit est simple et élégant, presque romanesque. Par exemple: «Le 27 mars 1806 au matin je vis une fille de trente mois qui était au second jour du croup, elle avait été un peu enrhumée les jours précédents, elle était levée et de bonne humeur, mais elle respirait et toussait de la manière particulière qui distingue le croup, elle avait de la fièvre.»⁶⁹

Les informations véhiculées par le récit ne varient guère, ni au cours du temps, ni d'un médecin à l'autre,⁷⁰ ce qui montre que, autour de l'anamnèse du patient s'organise une méthode d'observation et de collecte de données. Le récit commence par une description du patient (date, âge, initiales du nom, parfois le genre, état de santé général, constitution et remarque éventuelle sur la famille (par exemple: parents scrofuleux, frère décédé du croup auparavant, etc.). Suivent parfois les raisons qui ont décidé les parents à appeler le médecin. Viennent ensuite la description des symptômes observés par le médecin au moment de la première visite, les traitements prescrits, puis, à chaque nouvelle visite, le récit se déroule selon la même structure. Parfois un commentaire évalue l'adéquation du traitement. Les symptômes sont énumérés, assortis d'un qualificatif (la toux est rauque, le visage bouffi, etc.). Le pouls est parfois quantifié parfois qualifié (le pouls est petit, serré, etc.). Les traitements prescrits sont rapportés avec précision. Sont indiqués le nombre et l'emplacement des sangsues («[les parents effrayés] firent venir le chirurgien de l'endroit, qui sur le champ appliqua six sangsues au cou et un vésicatoire entre les épaules»), les doses et mode d'administration («je

69 Vieusseux 1812, 218. Dans la suite de cette partie, toutes nos citations seront extraites du mémoire de Vieusseux, par souci d'homogénéité.

70 Cette forme standardisée de récit est enseignée à Edimbourg. Les récits consignés dans le Registre des admissions de la Royal Infirmary of Edinburgh entre 1770 et 1800 sont écrits dans un style similaire. Voir Risse 1986.

prescrivis une solution de trois grains de tartre stibié, sur trois onces d'eau, dont elle devait prendre une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure jusqu'à un plein vomissement») et la raison du choix du traitement («comme les accidents continuaient à quatre heures du matin on lui fit une saignée de quatre onces et à cinq heures du soir il mit encore quatre nouvelles sangsues»⁷¹). L'évaluation de la situation ne prend en général que quelques lignes («Il est clair que les saignées, l'émétique et les bains sont les remèdes qui ont agi, que sans les bains, les saignées et l'émétique eussent été inutiles parce qu'ils avaient été employés trop tard. Ce cas est de plus intéressant car on voit que la membrane avait déjà commencé à se former»⁷²). Le cas échéant, une description des éléments qui frappent l'attention à l'autopsie («à l'ouverture du cadavre on trouva la fausse membrane remplissant toute la trachée-artère, dont un fluide demi-purulent la séparait, en sorte qu'on pouvait la retirer facilement elle se prolongeait à la profondeur d'environ deux pouces et allait en s'amincissant et diminuant de consistance jusqu'à n'être plus qu'un fluide»⁷³).

Au-delà de ces caractéristiques communes, force est de constater que la place dévolue aux observations n'est pas la même dans chacun des mémoires. Vieusseux et Maunoir groupent leurs observations à la fin du mémoire et se réfèrent à l'une ou l'autre de ces observations dans le cours du texte. Jurine les a placées dans le texte. Mais pour les trois auteurs, les observations servent d'exemples des divers tableaux cliniques possibles. Ces observations prouvent la possibilité de tel ou tel phénomène ou de son absence. Par exemple, Jurine et Vieusseux décrivent l'histoire d'une jeune fille de 19 ans, qui en octobre 1808, présente des symptômes semblables à ceux du croup. Elle meurt au 6^e jour. Jurine suspectait une angine trachéale. Vieusseux, qui l'avait vue le 3^e jour, avait lui aussi reconnu que ce n'était pas un croup, mais il suppose que «le public aurait pu confondre si on n'avait pas fait l'autopsie». L'autopsie, à laquelle Vieusseux assiste, montre en effet qu'il n'y avait pas de fausse membrane mais des abcès dans la trachée. Les deux auteurs utilisent cette observation pour prouver que, dans les cas de croup, la cause de la mort n'est pas la fausse membrane, mais le spasme des muscles de la respiration.

Pour la classification des observations, chacun adopte sa propre stratégie. Vieusseux, qui ne voit qu'une espèce de croup, constitue des classes qui diffèrent principalement par la durée de la maladie, le seul paramètre pour lequel il admet de la variation: les croups simples mortels; simples guéris; très rapides; guéris ou prévenus sans évacuation de sang; compliqués; prolongés;

71 Vieusseux 1812, 219–221.

72 Vieusseux 1812, 224.

73 Vieusseux 1812, 200.

chroniques; suivis d'accidents nerveux; trachéotomie; chez un adulte. Chacune de ces classes comprend 1 à 6 observations qui servent d'exemple. Maunoir donne un titre à chacun de ses cas: les croups avant rougeole, pendant rougeole, après rougeole, croup et rougeole, avec petite vérole, croup mortel en 48h, croup du Val-de-Travers, croup guéri avec les sangsues, etc. Il donne parfois deux, au maximum trois observations sous le même titre. La logique de l'ordre dans lequel il arrange ses observations n'est pas claire. Jurine est le seul à proposer une classification hiérarchisée, à la manière des naturalistes.⁷⁴ Il fait une première division d'après le siège de l'irritation (croup du larynx et croup de la trachée). Puis il divise selon les maladies secondaires (croup suivi de rougeole, etc.). Pour chaque classe, il donne 1 à 6 exemples. Il s'attache à expliquer la raison des variations (par exemple pourquoi le croup est parfois suivi d'hydrocéphale). Restent les cas spéciaux (croup d'adulte, trachéotomie, maladie de la trachée qui n'est pas un croup, etc.).

Il est surprenant de constater à quel point ces histoires cliniques diffèrent de la marche ordinaire du croup décrite au début du mémoire. Par exemple, bien que le croup soit considéré comme une maladie fulgurante qui ne touche que les enfants, chacun rapporte des cas de croups d'adulte et des cas de croups chroniques. La confrontation de ces deux sortes d'histoires, l'une *idéale*, l'autre *réelle*, laisse penser que, malgré leur intention de ne se baser que sur des faits observés, leurs considérations générales ne résultent pas seulement d'une compilation des cas observés, mais bien plutôt que ceux-ci servent d'illustration à des opinions conçues sous un plus large spectre d'influences.

Le traitement: quel rôle dans le progrès de la maladie?

En ce qui concerne le traitement, une question peut être plus importante encore que celle du diagnostic pour un praticien, il est demandé aux concurrents «d'établir d'après une expérience constante le traitement le plus efficace». Si, de nos jours, ce que signifie l'expression «traitement le plus efficace» et ce qui en constitue la preuve sont définis dans un cadre méthodologique précis, tel n'était pas le cas à l'époque du concours. Il s'agit de restituer ce que signifiait et ce qui faisait preuve de l'efficacité d'un traitement, pour ces médecins.

⁷⁴ Sur les travaux de classification de différentes espèces animales de Jurine, voir Sigrist/Barras/Ratcliff 1999.

Bien que, à Genève comme ailleurs en Europe, des études aient déjà été publiées dans lesquelles l'effet d'un traitement était évalué sur la base de nombres de «guéris», les observations présentées dans les mémoires – qui servent à inventorier la diversité des histoires possibles – ne sont pas utilisées pour évaluer le «succès» d'un traitement, ni pour comparer deux traitements. Jurine est le seul à évoquer l'idée d'une comparaison, relevant que les traitements, utilisés à Genève ou même en France, ne sont pas assez «disparates» pour offrir un point de comparaison satisfaisant:

Une manière de répondre à cette question serait de présenter le tableau des malades qu'on aurait guéri du croup avec celui de ceux qui auraient succombé à cette maladie. Ce tableau en offrant un terme de comparaison avec ceux qu'on a obtenu jusqu'à ce jour fixerait l'opinion sur les moyens employés dans le traitement bien mieux que ne pourraient le faire les raisonnements les plus spécieux.⁷⁵

Néanmoins les trois auteurs genevois s'accordent à considérer que le traitement le plus efficace est la saignée, pratiquée dès les premiers signes de croup. Ils justifient cette assertion par la nature inflammatoire de la maladie. Vieuksseux est si assuré par ses «succès» qu'il s'indigne du fait que certains médecins, niant la nature inflammatoire de la maladie, se refusent à prescrire la saignée: «L'expérience constante que nous avons de l'efficacité et de la nécessité de ce remède doit nous décider pour l'avis contraire.»⁷⁶

Pour emporter la conviction de ses lecteurs, il cherche à prouver que «le plus grand nombre des morts est de beaucoup parmi ceux qui n'ont pas été saignés ou qui l'ont été trop tard».⁷⁷ Il cite ainsi les résultats de quatre médecins: pour Pinel, sur 4 cas «pas saignés», 3 sont morts, pour Beauchêne, 1 cas «pas saigné» est mort, pour Double de même et pour Schwilgué, 2 cas «pas saignés» dont 1 est mort et sur 3 cas «saignés trop tard», tous sont morts.⁷⁸ Que Vieuksseux énumère simplement ces nombres sans les additionner suggère qu'il ne cherche pas à estimer un taux de mortalité en l'absence de traitement, mais à donner la preuve que chacun de ces médecins a échoué alors que lui-même et ses collègues de Genève laissent entendre qu'ils n'échouent jamais. Vieuksseux conclut qu'il est «fâcheux pour l'humanité que des hommes, dont le suffrage est aussi important que celui de M le prof. Pinel, prennent, dans une maladie aussi grave, une opinion opposée à celle des auteurs les plus expérimentés».⁷⁹ Car, «dans une maladie de cette importance,

⁷⁵ Jurine, 188.

⁷⁶ Vieuksseux 1812, 121.

⁷⁷ Vieuksseux 1812, 123.

⁷⁸ Vieuksseux cite ces médecins sans plus de précisions. Il s'agit de Philippe Pinel (1745–1826), aliéniste à Paris, François Joseph Double (1776–1842), médecin français, Edmé-Pierre Chauvot de Beauchêne (1730–1830), médecin et chirurgien à Paris et Charles Joseph Antoine Schwilgué (1774–1808), professeur de médecine à Paris.

⁷⁹ Vieuksseux 1812, 126.

c'est à l'expérience seule et non au raisonnement à décider et je crois pouvoir en appeler à l'expérience».⁸⁰

Pourtant, Vieusseux admet que des médecins d'autres lieux aient du succès avec d'autres traitements. En effet, à quelques pages de là, une note nous apprend que, lors d'une épidémie de croup en Normandie, Louis Lepecq de la Clôture (1736–1804), un confrère «digne de toute notre confiance», dit avoir vu un de ses collègues obtenir la guérison «constamment» «sans aucune évacuation sensible», avec «de l'eau de mélisse, de fleurs d'orange et le sirop de capillaire». Vieusseux se dit étonné par ce résultat, qui «confond toutes nos idées sur le traitement du croup». Toutefois, il conclut, dans un esprit très néo-hippocratique, que cela «ne doit pas changer notre pratique dans ce pays».⁸¹

Vieusseux affirme ne vouloir s'appuyer que sur des faits, mais il attache de l'importance au concept de «personne digne de confiance», comme le montre aussi sa lecture attentive et critique de la littérature; par exemple, il met en doute les affirmations de Boerhaave et de van Swieten, qui, selon lui, décriraient les symptômes «plutôt d'après leur théorie de l'inflammation que d'après leur propre expérience»;⁸² ensuite, pour prouver «combien peu Lieutaud mérite de confiance», puisqu'il «n'a même pas le mérite d'être un compilateur exact»,⁸³ il signale que Lieutaud aurait cité Baillou de manière si inexacte qu'on comprend le contraire de ce qu'écrit réellement Baillou (et il ajoute que cette citation erronée aurait été reprise telle quelle par trois autres auteurs à sa suite). Vieusseux revendique d'ailleurs pour lui-même ce statut de médecin digne de confiance, capable de prendre les bonnes décisions sans pouvoir en expliciter les raisons, lorsque par exemple pour les modalités de la saignée, il affirme sentir «qu'on ne peut pas donner des règles fixes, c'est l'expérience et le tact du médecin qui doivent le décider sur la quantité de sang à tirer».⁸⁴

Le tact médical et *l'expérience* voilà bien des qualités traditionnelles contre lesquelles s'élèvera Marc d'Espine quelques années plus tard.⁸⁵ Qu'est-ce donc que cette *expérience* qui croît de cas en cas? Quelle est la nature de cette *connaissance* qui se construit en accumulant des faits concernant des patients différents? Comment se peut-il que la connaissance de ce qui est arrivé à un patient soit utile au médecin lorsqu'il est consulté par un autre patient? Ni Vieusseux ni Jurine ni Maunoir ne posent ces questions. *L'expérience* est

80 Vieusseux 1812, 129.

81 Vieusseux 1812, 146–147 (note).

82 Vieusseux 1812, 53.

83 Vieusseux 1812, 58 (note).

84 Vieusseux 1812, 118.

85 D'Espine 1833.

un concept flou dont on se sert abondamment, tant il semble évident qu'il est la clé du *savoir dire* et du *pouvoir faire* médical.

Finalement, il faut relever que pour les trois concurrents le concept de *traitement le plus efficace* repose sur une approche populationnelle: un traitement est plus efficace (et donc préférable), s'il réussit plus fréquemment. Leur choix thérapeutique est ainsi guidé par une logique que l'on peut qualifier de quantitative, même si les quantités sont formulées en catégories vagues (souvent, rarement, etc.). Soulignons que l'expression *efficacité d'un traitement* contient l'idée que l'effet d'un traitement est défini en général, indépendamment du patient et du médecin. Il semblerait que les médecins aient eu plus de difficultés à concevoir la réussite d'un traitement comme indépendante du médecin que de la concevoir indépendante du patient.

Pronostic, prévention

Donner un pronostic exact a toujours assuré prestige et respect au médecin, tant cet exercice est difficile. C'est d'autant plus important pour les malades d'avant la clinique, alors que les entités nosologiques étaient peu sûres. La question a donc toute son importance dans le contexte de ce concours.

Pourtant, dans leurs mémoires, aucun des auteurs n'y consacre plus de quelques pages. Pour Vieusseux, le pronostic est simple: si le médecin est appelé assez tôt, l'enfant guérit toujours, s'il ne guérit pas c'est qu'il a été appelé trop tard. Pour Jurine et Maunoir, il est impossible de prédire la terminaison dans les premiers jours de la maladie. Mais tous trois s'accordent que le meilleur moyen de prévention est d'instruire les pères et les mères, afin qu'ils appellent très tôt le médecin.

Jurine, qui attribue les bons résultats obtenus à Genève aux «connaissances que le peuple a acquises et à la promptitude avec laquelle il appelle au secours dès qu'il soupçonne les premiers symptômes», affirme que le meilleur remède serait «une instruction populaire répandue avec profusion dans tous les Départements, renouvelée pendant quelques années de suite, qui indiquera les moyens que les pères et mères doivent et peuvent mettre en usage pour s'opposer à cette cruelle maladie dès le moment de son invasion en attendant qu'il leur arrive de plus puissants secours».⁸⁶ Cette attitude, qui promeut, cela dit en passant, l'expertise du médecin, confirme la sensibilité des praticiens genevois pour les questions de santé publique et le partage des connaissances.

⁸⁶ Jurine, 189.

Epidémiologie du croup

En même temps que se développe un peu partout en Europe un intérêt pour la santé publique, des collectes de données vitales (naissances, décès), hospitalières ou médicales s'organisent et des méthodes pour exploiter ces données se développent qui apportent des connaissances nouvelles: les tables de mortalité par âge, par sexe ou par siècle font voir l'importance de la mortalité infantile, la supériorité de la longévité des femmes, l'augmentation générale de l'espérance de vie; des tableaux visant à indiquer à la fois les conditions météorologiques et les maladies «régnantes» sont publiés dans le but de préciser la relation qu'il y aurait entre pathologies et climat, des tableaux difficiles à interpréter, en raison des temporalités différentes de ces deux phénomènes.⁸⁷ C'est dans ce contexte d'intérêt croissant pour l'étude des populations que se place le concours sur le croup, avec son volet épidémiologique, dont nous retenons, pour notre analyse, les trois questions qui nous paraissent les plus intéressantes pour un médecin praticien: l'évolution de la «fréquence» de la maladie, l'évolution de la «mortalité» et les régions les plus exposées au croup.

Les concepts de «mortalité» et de «fréquence» d'une maladie n'ont, à cette époque, pas de définition opératoire. Dans les mémoires des trois auteurs genevois, la «fréquence» est exprimée en nombre de cas (de nos jours, on utilise le *taux d'incidence* qui est le nombre de nouveaux cas par année pour 1000 habitants) et la «mortalité» du croup désigne soit la proportion de cas de croup qui décèdent (*léthalité*), soit la proportion de décès qui ont pour cause le croup (*mortalité relative*), soit le nombre ou la proportion d'habitants qui décèdent du croup durant une période (*taux de mortalité du croup*).⁸⁸

Les sources mobilisées par les concurrents genevois pour répondre à ces questions épidémiologiques sont: les registres mortuaires de la ville de Genève, le recueil de cas publié par l'Ecole de Médecine de Paris et les ouvrages disponibles à Genève ainsi que leurs propres données cliniques.⁸⁹ Chacun des concurrents genevois ayant accès plus ou moins aux mêmes sources, on est en droit de se demander quels arguments avancent nos auteurs

87 Rusnock 2002.

88 Nous utiliserons les guillemets lorsque nous nous référons à ces mots avec leur sens passé et les italiques lorsque nous utilisons les concepts actuels.

89 Tous trois citent à peu près les mêmes auteurs, une cinquantaine environ parmi lesquels les Britanniques Home, John Cheyne (1777–1836), Benjamin Rush (1745–1813), John Millar (1733–1805), l'Allemand Friedrich Hoffmann (1660–1742), les Hollandais Boerhaave, Gérard van Swieten (1700–1772), les Français François Boissier de Sauvages (1706–1767), Pinel, Portal, Lepecq, Joseph Lieutaud (1703–1780), Guillaume de Baillou (1538–1616) et les Anciens Hippocrate et Galien. Jurine, qui a séjourné à Paris, a pu constater à quel point Genève dispose de moins de sources que Paris.

pour étayer leurs réponses, qui, disons-le d'entrée, s'accordent sur les régions et les climats les plus exposés mais divergent sur l'évolution de la «fréquence» et de la «mortalité».

Pour répondre à la question sur l'évolution de la «fréquence», les auteurs sont peu attentifs à l'évolution de la capacité des médecins à identifier la maladie. Vieusseux compare le nombre de cas publiés par les différents médecins ayant écrit sur le croup avant et après 1784, sans faire le total. Il conclut que la maladie est nouvelle et que sa «fréquence» augmente. Pour Jurine, la maladie n'est probablement pas nouvelle et sa «fréquence» n'a pas changé. Il fonde son opinion sur l'hypothèse que le croup vient d'une suppression de transpiration due aux vêtements. Ainsi, si son hypothèse est vraie, le croup existe depuis que les hommes portent des vêtements. Quant à Maunoir, il pense que la maladie n'est pas nouvelle, mais que sa «fréquence» a varié. Selon lui, le croup aurait existé dans l'Antiquité, aurait disparu au Moyen Age, puis serait réapparu. S'appuyant sur le témoignage d'un médecin – probablement Odier – qui, sur 38 ans de pratique, a vu 32 cas de croup, 2 durant les 19 premières années et 30 durant les 19 dernières, il affirme que, à Genève, la «fréquence» du croup a augmenté au cours des 40 dernières années. Il se demande si «la rotation des saisons» serait «soumise à modifications».⁹⁰

La question de l'évolution de la «mortalité» entraîne des analyses plus fouillées. Jurine et Vieusseux comptent les décès de croup inscrits dans les registres de mortalité de la ville de Genève sur les 20 dernières années. Ils concluent, l'un que la mortalité augmente pendant cette période, l'autre qu'elle demeure stationnaire. Leur divergence vient de ce qu'ils n'obtiennent pas le même nombre de décès. Il se pourrait que Vieusseux ait corrigé les erreurs qu'il a constatées dans ces registres. Maunoir, lui, estime que 60 ans plus tôt la maladie était toujours mortelle, car elle était inconnue; 20 ans en arrière, au moment du premier concours sur le croup, elle était de 50% car la maladie était à moitié connue (pour cette évaluation, il se base sur le tableau des cas du premier mémoire de Vieusseux, qui présentait 10 décès sur 22 cas); depuis 20 ans, la maladie est bien connue et elle n'est plus jamais mortelle. Cette évaluation, étonnante dans la mesure où lui-même rapporte avoir vu des cas de décès dus au croup, suggère que Maunoir, sans même s'en rendre compte, ne tient pas compte des cas de décès que le médecin ne pouvait éviter, selon lui, en raison d'un recours tardif au médecin (c'est-à-dire tous les cas de décès de croup survenus ces 20 dernières années).

⁹⁰ Maunoir, 55.

Jurine et Vieusseux, pour compenser le manque de données, complètent leurs réponses par des analyses plus fines. Jurine se base sur sa série de 27 cas et 3 décès de 1808 pour estimer la *léthalité* du croup à 3/27; il présente des tables par âge et par mois et conclut à une variation saisonnière, mais à une distribution uniforme des âges. Vieusseux évalue la *léthalité* à partir des 10 cas et 1 décès de Veillard en 1808, et offre une estimation de la *mortalité relative* du croup, obtenue à partir du registre mortuaire (800 morts par années 80 décès de croup sur 10 ans), ce qui l'amène à postuler l'*incidence annuelle* à 80 croups par année.

Finalement, les trois concurrents genevois, se basant sur le «nombre» de cas cités par les auteurs de différentes régions, affirment, comme la plupart des auteurs de l'époque, que le croup est plus fréquent dans les régions du Nord, celles entourées de montagnes, les bords de lacs, les régions exposées au vent du Nord et à de brusques changements de température. Aucun des trois médecins ne questionne la relation entre le nombre de cas cités par des auteurs d'une région et le nombre de cas survenus dans cette région. D'ailleurs, aucun des trois concurrents ne compte véritablement le nombre de cas cités pour une région. Tous trois se laissent convaincre par l'impression générale que leur laisse leurs diverses lectures sur le croup.

L'analyse de ces travaux indique que l'idée de quantifier la «mortalité» et la «fréquence» ne posait pas, alors, de problèmes conceptuels majeurs. Toutefois, l'estimation quantitative de la «mortalité» et de la «fréquence» du croup par ces médecins relève plus d'une *perception du risque* (résulte d'une intuition) que d'une *estimation du risque objectif* au sens actuel (résulte d'une construction savante reposant sur une méthode de calcul et sur des définitions précises des objets à compter). Ces dernières années, l'attention a été attirée sur l'importance de distinguer ces deux concepts.⁹¹

«Style» et présupposés épistémologiques

Les divergences d'opinion et de méthode observées dans les mémoires des auteurs genevois impliquent des présupposés épistémologiques différents sur lesquels il convient de s'arrêter. L'impression générale laissée par ces mémoires est une variété de présupposés épistémologiques. Pour tenter de rendre explicite ces présupposés implicites (aucun des trois auteurs n'expose explicitement ses principes méthodologiques), force est de recourir à une analyse textuelle. Dans ce qui suit, nous nous attachons à mettre en lumière

91 Sur le concept de perception du risque voir par exemple Slovic 1987.

des différences de vocabulaire et d'argumentation. Il convient ici de parler du «style» de chaque auteur. Le mémoire de Vieusseux est caractérisé par la prédominance des adverbes tels que «presque toujours», «presque jamais», «rarement», «ordinairement» ou d'énoncés généraux concernant principalement la présence ou l'absence d'un caractère, de la forme «tous les ... sont ...». Il donne une impression de certitude liée à la quasi-absence de prise en compte de la variabilité des phénomènes. Par exemple, après avoir donné la marche ordinaire de la maladie, Vieusseux admet certes que la durée de la maladie peut varier, il admet aussi que le croup peut se présenter autrement ailleurs et que le traitement sera différent⁹² ou que la maladie pourrait avoir changé à Genève, néanmoins, après avoir donné une liste de symptômes, il conclut plein d'assurance «tels sont les caractères propres du croup».⁹³ Diagnostiquer le croup ne pose guère de difficulté à Vieusseux, qui affirme qu'on ne peut confondre le croup avec aucune autre maladie. Il est très assuré aussi lorsqu'il juge que ni Boerhaave ni van Swieten n'avaient vu de cas de croup ou lorsqu'il s'exprime sur le traitement: «La maladie abandonnée à elle-même peut être considérée comme toujours mortelle et bien soignée elle ne l'est presque jamais»⁹⁴ ou «avec ces deux remèdes essentiels on guérit constamment le croup lorsqu'on est appelé à temps et que le mal n'est pas d'une violence extraordinaire ou accompagné de quelque symptôme particulier»⁹⁵ ou, à peine plus nuancé, «on est à peu près sûr de guérir si on est appelé assez tôt».⁹⁶

Ce style assuré contraste avec le style des mémoires de Jurine ou Maunoir dans lesquels abondent les expressions nuancées telles que «tantôt» ou «quelque fois» et les expressions marquant le doute. Tous deux ne cessent de souligner la variabilité de la marche de cette maladie qui «s'annonce de plusieurs manières» et dont il est impossible de «prédire dans les débuts quelle sera sa terminaison», qui «est susceptible de modifications», dont les «symptômes sont nuancés de mille manières». Jurine donne l'histoire d'un «cas douteux», une fillette qui décède au 8^e jour de la maladie sans avoir présenté aucun des symptômes du croup, alors qu'à l'ouverture du cadavre, larynx et trachée sont tapissés de la «concrétion solide» caractéristique du croup. Cette histoire est citée pour convaincre que cette maladie «est sujette à beaucoup de nuances, nous dirions presque d'anomalies, qu'on ne peut reconnaître que par la pratique».⁹⁷ Maunoir affirme avoir vu la maladie «se

92 Vieusseux 1812, 141 (Millar) ou 146 (Lepecq).

93 Vieusseux 1812, 22.

94 Vieusseux 1812, 88.

95 Vieusseux 1812, 130.

96 Vieusseux 1812, 148.

97 Jurine, 27.

déclarer dans des circonstances si différentes avec des nuances si variées» qu'il semble impossible «d'établir des règles fixes sur le moment et le mode de son invasion»⁹⁸ ni de prévoir son «mode de terminaison».⁹⁹ Chez «nombre d'individus», le croup «dévie de la marche ordinaire». Tous deux, lorsqu'ils énoncent des généralités, s'expriment en termes de possibilité (le croup *peut* exciter ... *peut* se compliquer).

Un deuxième trait caractéristique de Vieusseux est son recours à des verbes tels que constater, voir, établir ou se fonder sur l'expérience pour décrire sa pensée. Il a «tenté d'appuyer sur des faits» les propositions qu'il avance, «évitant toute théorie qui ne serait pas fondée sur l'expérience».¹⁰⁰ Son mémoire est ainsi dépouillé de toute doctrine, de tout raisonnement et de toute explication, mais abonde d'affirmations générales fondées sur «son expérience». Vieusseux constate l'existence de faits et les classe en catégories homogènes sur la base de leurs caractéristiques. C'est ce dépouillement qui lui semble faire la qualité de son mémoire et répondre «à l'exigence de n'avoir établi son opinion que sur des faits».¹⁰¹ Ses efforts visent à prouver que ce qu'il rapporte est exact, afin de convaincre qu'il est digne de confiance. Pour lui, connaître le croup, c'est avoir vu et rapporté avec exactitude le plus grand nombre possible de cas. Ces exemples sont différents, mais la diversité s'avérerait insignifiante dès lors que les cas sont subsumés sous le concept de croup.

Jurine et Maunoir au contraire recourent à des verbes tels que *raisonner*, *méditer*, *déduire*, *expliquer*, *rendre compte* ou *attribuer* des effets à une cause. Ils décrivent la maladie en termes d'action et de réaction. Par exemple, Maunoir débute son mémoire par une «profession de foi» qu'il entend «prouver» dans le cours de son mémoire: «L'effet le plus immédiat et le plus général des différents agents physiques qui produisent des maladies est l'inflammation, le moyen de conservation que possèdent nos organes contre son action varie autant que leur structure» et «les diverses parties de notre corps ont chacune une manière d'être qui leur est propre sous l'influence de ce mode d'action appelé inflammation».¹⁰² Il cherche ainsi à rendre compte des signes visibles par des phénomènes invisibles qui se passent dans le corps. Jurine de même tente de convaincre ses lecteurs en rendant compte des phénomènes physiopathologiques liés au croup, lorsqu'il recherche la «cause des modifications de la marche du croup».¹⁰³ Tous deux raisonnent à partir des obser-

98 Maunoir, 5.

99 Maunoir, 29.

100 Vieusseux 1812, vii.

101 Vieusseux 1812, 190.

102 Maunoir, 1.

103 Jurine, 4.

vations. Leurs efforts visent à rendre compte au mieux de la variabilité des histoires de croup. Ils cherchent à connaître de quoi dépend l'évolution du croup. Pourtant tous deux admettent ne pas pouvoir rendre compte de toute la variabilité des histoires cliniques, car «il se passe vraisemblablement dans l'histoire du croup des phénomènes dont nous ne pouvons rendre compte».¹⁰⁴ Ils acceptent l'incertitude qui résulte de ce que certaines «causes» sont (et peut-être resteront toujours) inconnues.

Conclusion

Une méthode de recherche clinique fondée sur des collections d'histoires de cas se dessine dans ces mémoires. Le sentiment de tenir la bonne méthode (aucun des trois médecins n'émet le moindre doute sur le principe même de publier des séries de cas), la conviction qu'il suffit de l'appliquer avec rigueur et exactitude donnent à ces médecins l'impression que les progrès de la médecine sont imminents.¹⁰⁵ Cette activité (peu spectaculaire) fait partie d'un processus d'objectivation visant à améliorer les *connaissances médicales* en accumulant les histoires cliniques.

La question de l'individualité de l'expérience de la maladie (individualité du malade et du médecin) est au cœur du problème de l'acceptabilité d'une connaissance objective en médecine pratique et constitue un obstacle majeur à l'adoption d'une approche populationnelle. Pourtant, tout dans le langage, et bien avant que ne s'introduise la méthode numérique, laisse entendre qu'il y a dans la maladie quelque chose d'externe au malade, un caractère propre à la maladie. Le simple fait qu'il existe des noms désignant différentes maladies indique déjà la conception de phénomènes morbides non totalement privés. Que l'on parle de *traitement efficace* indique que l'on croit à l'effet spécifique du traitement, distinct d'un effet-patient et d'un effet-médecin. Qu'un médecin dise que tel remède lui a *souvent* réussi, indique qu'il se base intuitivement sur un nombre de succès. Que l'*expérience* croisse en fonction du nombre de patients indique que le médecin transfère sa connaissance d'un patient à l'autre. Il n'en reste pas moins que l'idiosyncrasie des patients et des médecins est une évidence pour tous.

¹⁰⁴ Maunoir, 85.

¹⁰⁵ Porter 2001 relève l'apparent décalage entre la perception des médecins de ce temps qui voient des progrès inouïs dans le domaine de la médecine et le sentiment mitigé des historiens jusqu'à récemment lorsqu'ils évaluent cette période. Il met en évidence la foi de ces médecins en les promesses d'une connaissance médicale fondée sur les collections de cas et sur les sciences auxiliaires (physique, chimie, etc.).

Deux conceptions, à nos yeux contradictoires, cohabitent apparemment sans difficulté chez certains médecins. Par exemple, Vieusseux est convaincu que son expérience est utile aux autres médecins et, en même temps, que chaque patient est une nouvelle histoire qui demande du tact. Mais, pour d'autres, comme pour Jurine et Maunoir, une distinction semble émerger entre les variations qui s'expliquent par des causes connaissables (le siège de l'inflammation) et des nuances qui sont spécifiques à l'individu et inconnissables. Ils se représentent la marche de la maladie comme influencée par des facteurs généraux (la cause irritante, le siège, le traitement, le lieu, etc.) et par des facteurs particuliers (la constitution et le tempérament du patient, l'habileté et l'expérience du médecin, etc.). Pour que l'articulation de ces deux niveaux de facteurs (généraux et particuliers) puisse être formalisée, il faudra attendre l'émergence de nouveaux concepts et de nouvelles techniques. Les modèles statistiques développés au XX^e siècle répondent au besoin – qui appert de manière confuse dans les mémoires étudiés ici – de représenter des phénomènes conçus comme insérés dans des relations complexes. L'analyse statistique vise à *expliquer* en partie la variabilité des phénomènes en la reliant à une combinaison de facteurs (causaux ou non). Au terme de l'analyse subsiste une *variation résiduelle*, mesure d'une certaine manière de notre ignorance partielle du phénomène.

Selon Georges Weisz (2005), l'approche statistique, omniprésente de nos jours dans la médecine par les preuves (EBM), est l'objet des mêmes réserves que l'était la *méthode numérique* en médecine au milieu du XIX^e siècle. Les approches statistique et individuelle seraient selon lui incommensurables: aucun patient n'est un patient moyen. Or, si au milieu du XIX^e siècle, la moyenne était bien le centre des préoccupations des médecins-statisticiens, l'émergence du concept de *variance* à la fin du XIX^e siècle donne une nouvelle dimension à l'approche statistique. Pour les historiens de la pensée statistique, le changement constitue une rupture radicale.¹⁰⁶

Bibliographie

- Ackerknecht, Erwin Heinz, «La médecine à Genève, surtout dans la première moitié du XIX^e siècle», in *Current Problems in History of Medicine*. Proceedings of the XIXth International Congress for the History of Medicine. Basel, 7–11 September 1964, R. Blaser & H. Buess (eds), Karger (Basel 1966) 420–425
- Ackerknecht, Erwin Heinz, *La médecine hospitalière à Paris: 1794–1848* (Paris 1986)
- Barblan, Marc A., «La santé publique vue par les rédacteurs de la Bibliothèque Britannique (1796–1815)», *Gesnerus* 32 (1975) 129–145

¹⁰⁶ Porter 1986.

- Buess, Heinrich, "The contribution of Geneva physicians to the physiology of development in the 19th century", *Bulletin for the History of Medicine* (1947) 871–897
- Chambon, M., «Réflexions sur la nature et le traitement d'une maladie particulière aux enfans, connue sous le nom de croups, ou esquinancie membraneuse», *Mémoires de la Société Royale de Médecine* 5 (1787) 81–87
- D'Espine, Marc, *Essai sur cette question: comment un médecin doit-il penser? Comment doit-il agir?* (Paris 1833)
- Fletcher, Robert/Fletcher, Suzanne/Wagner, Edward, *Clinical Epidemiology; the Essentials* (Philadelphia, 1996)
- Franceschetti, Albert Th., «Jean-Pierre Maunoir, chirurgien-ophtalmologue genevois (1768–1861)», *Gesnerus* 32 (1975) 153–162
- Gautier, Léon, *La médecine à Genève jusqu'à la fin du dix-huitième siècle* (Genève 1906)
- Home, Francis, *An Inquiry into the Nature, Cause and Cure of the Croup* (Edinburgh 1765)
- Jorland, Gérard/Opinel, Annick/Weisz, George (éds), *Body counts: medical quantification in historical and sociological perspective / la quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques* (Montreal 2005)
- Kaba, Mariama, «La diphtérie à Genève à la fin du XIX^e siècle: l'entrée en scène de la bactériologie et l'emploi de la sérothérapie», *Gesnerus* 61 (2004) 37–56
- Keel, Othmar, «Les rapports entre médecine et chirurgie dans la grande école anglaise de William et John Hunter», *Gesnerus* 45 (1988) 323–342
- Keel, Othmar, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe: 1750–1815: politiques, institutions et savoirs* (Genève 2001)
- Louis-Courvoisier, Micheline, *Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital de l'Ancien Régime (Genève 1750–1820)* (Chêne-Bourg 2000)
- Magnello, Eileen/Hardy, Anne (éds), *The Road to Medical Statistics* (Amsterdam 2002)
- Mahon, M., «Sur une maladie analogue à l'angine polypeuse ou croups des enfans», *Mémoires de la Société Royale de Médecine* 25 (1780) 206–210
- Matthews, J. Rosser, *Quantification and the quest for medical certainty* (Princeton 1995)
- Mayer, Roger, «Un précurseur méconnu: Marc-Jacob D'Espine (1806–1860) et la statistique médicale», *Gesnerus* 48 (1991) 375–393
- Muellener, Eduard-Rudolf, «Genfer Medizinalstatistik und Hygiene in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts: André-Louis Gosse (1791–1873), Jacob-Marc d'Espine (1805–1860) und Henri-Clermond Lombard (1803–1895)», *Gesnerus* 21 (1964) 154–192
- Muellener, Eduard-Rudolf, "Six Geneva Physicians on Meningitis", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 20 (1965) 1–26
- Muellener, Eduard-Rudolf, «Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787–1872), Genfer Schüler und die «méthode numérique»», *Gesnerus* 24 (1967) 46–74
- Odier, Louis, «Observations sur les effets du magistère de bismuth», *Journal de médecine de Paris* 68 (1786) 49–56
- Odier, Louis, «Medical Reports of the Effects of Blood-Letting, Sudorifics and Blistering etc. Rapports Médicaux sur les effets de la saignée, des sudorifiques et

- des vésicatoires dans le rhumatisme aigu et chronique; par Thomas Fowler, Médecin d'York, Membre de la Société Royale de Médecine d'Edimbourg, etc. Londres 1795», in *Bibliothèque Britannique* 2 (1796) 109–123
- Odier, Louis, «Extrait abrégé du Cours de Médecine pratique du Prof Odier», in *Bibliothèque Britannique* 20 (1802) 282–306
- Odier, Louis, «A Clinical History of Acute Rheumatism. Histoire clinique du Rhumatisme aigu; par John Haygarth, Docteur en Médecine, Membre des Sociétés Royales de Londres et d'Edimbourg etc. Londres 1805», in *Bibliothèque Britannique* 34 (1807a)
- Odier, Louis, «An Attempt to Improve the Evidence in Medicine. Essai d'un plan propre à perfectionner les observations en médecine 1793; par le Dr George Fordyce, Membre de la Société Royale, London 1793», in *Bibliothèque Britannique* 34 (1807b)
- Odier, Louis, *Les honoraires médicaux et autres mémoires d'éthique médicale / Louis Odier, Philip Rieder et Micheline Louis-Courvoisier* (éd. critique), (Paris 2011)
- Olivier, Jean, «Les études sur le croup à Genève», *Revue Médicale de la Suisse Romande* 68 (1948) 53–57
- Olivier, Jean/de Morsier, Georges, «Le Dr Gaspard Vieusseux (Genève, 1746–1814); La méningite cérébro-spinale; Le syndrome de Vieusseux-Wallenberg», in *Revue médicale de la Suisse romande*, 63 (1943) 421–440
- Poovey, Mary, *A History of the Modern Fact: Problems of Knowledge in the Sciences of Wealth and Society* (Chicago 1998)
- Porter, Roy, «Modernité et Médecine: le dilemme de la fin des lumières» (traduit de l'anglais par Gaelle Rilliard), in: Vincent Barras, Micheline Louis-Courvoisier (éds), *La médecine des Lumières: tout autour de Tissot* (Paris 2001) 5–24
- Porter, Theodor M., *The rise of statistical thinking (1820–1900)* (Princeton 1986)
- Rieder, Philip/Barras, Vincent, «Corps et subjectivité à l'époque des Lumières», *Dix-Huitième Siècle* 37 (2005) 211–223
- Rieder, Philip, *Anatomie d'une institution médicale. La faculté de médecine de Genève (1876–1920)* (Lausanne 2009)
- Rieder, Philip, *La figure du patient au XVIII^e siècle* (Genève 2010)
- Rieder, Philip/Louis-Courvoisier, Micheline, “Enlightened Physicians: Setting Out on an Elite Academic Career in the Second Half of the Eighteenth Century”, *Bulletin of the History of Medicine* 84 (2010) 578–606
- Risse, Guenter B., *Hospital life in Enlightenment Scotland. Care and teaching at the Royal Infirmary of Edinburgh* (Cambridge 1986)
- Roche/Brewer, «Idées sur le diagnostic. Par Ernst Wichmann, Hanover, vol 2^e», *Bibliothèque Germanique* 2 (1799) 120–157
- Rusnock, Andrea A., *Vital accounts: quantifying health and population in eighteenth-century England and France* (Cambridge 2002)
- Sackett, David L., “Clinical epidemiology: what, who, and whither”, *Journal of Clinical Epidemiology* 55 (2002) 1161–1166
- Sigrist, René/Barras, Vincent/Ratcliff, Marc (éds), *Louis Jurine chirurgien et naturaliste (1751–1819)* (Chêne-Bourg 1999)
- Sigrist, René, *L'essor de la science moderne à Genève* (Lausanne 2004)
- Sismondi, J.-C.-L., *Statistique du Département du Léman* (Genève 1971)
- Slovic, Paul, “Perception of risk”, *Science* (1987) 236:280–5

- Stolberg, Michael, *Experiencing illness and the sick body in early modern Europe* (Basingstoke 2011)
- Troehler, Ulrich, *To improve the evidence of medicine: the 18th century British origins of a critical approach* (Edinburgh 2000)
- Troehler, Ulrich, "The Introduction of numerical methods to assess the effects of medical interventions during the 18th century: a brief history". *JLL Bulletin: Commentaries on the history of treatment evaluation* (2010) (available from: <http://www.jameslindlibrary.org>)
- Vieusseux, Gaspard, *Mémoire sur le croup ou angine trachéale* (Genève 1812)
- Vieusseux, Gaspard, «Observations sur le croup», *Journal de Méd, Chir et Pharm.* 12 (1806) 422–437
- Weisz, George, "From Clinical Counting to Evidence-Based Medicine", in: Gérard Jorland, Annick Opinel and George Weisz (éds), *Body counts: medical quantification in historical and sociological perspective / la quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques* (Montreal 2005) 377–393

Sources non publiées

Abréviations

BGE: Bibliothèque de Genève

MHS: Musée d'Histoire des Sciences de Genève

Jurine, Louis, *Mémoire sur le croup*, BGE, MS suppl 458

Maunoir, Jean-Pierre, *Mémoire sur le croup*, MHS, Z57

Société Médico-chirurgicale du samedi, les années 1806–1811, MHS, SM.Ms.8 (Z254)

Société Médico-chirurgicale du mardi, 1809–1810, MHS, SM.Ms.5.1 (Z251–1)

Registre des séances de la Société de Médecine de Genève, 1808–1809 MHS, SM.Ms.3.1 (Z249–1)

Manuscrits de G. Vieusseux, MHS, Z76, ff 79–96

Vieusseux, BGE, 2008/27, carton n 4