



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2014 N° 279/2014

**LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS
DE L'HOTEL-DIEU DE LYON AU XIX^E SIECLE**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard - Lyon 1
et soutenue publiquement le 26 Novembre 2014
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marie FEIREISEN
Née le 9 juin 1982 à Schiltigheim (67)



« *Le grand Hôpital, façade du côté du Rhône* »

Lithographie d'après un dessin par Jolimont, gravée par Jolimont et Jobard. Extrait de Jolimont F.-T. de. « *Description historique... de la ville de Lyon* ». Lyon : impr. L. Perrin ; 1832.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques

Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail

Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie

Rheims
Rimmele

Sylvain
Thomas

Neurologie
Anesthésiologie-réanimation ;
médecine d'urgence
Génétique
Biologie cellulaire
Physiologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie

Schluth-Bolard
Simonet
Thibault
Vasiljevic
Venet

Caroline
Thomas
Hélène
Alexandre
Fabienne

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière
Farge
Figon

Marc
Thierry
Sophie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Président

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Hanno NEIDHARDT

Membres

Madame le Professeur Christiane BROUSSOLLE

Monsieur le Professeur Michel-Henri FESSY

Monsieur le Docteur Jean-Christophe BEL

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Christophe BEL

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Hanno NEIDHARDT,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Vous nous avez accordé un temps inestimable, vous avez partagé avec nous votre immense connaissance de l'histoire, vous nous avez ouvert votre porte en toute générosité, vous nous avez aidé dans ce travail. L'enthousiasme et la qualité de votre enseignement d'anatomie renforcent l'honneur et la chance d'avoir partagé avec vous ces instants. Vous avez porté un intérêt singulier au travail linguistique de ma grand-mère, renforçant ma fierté et mon amour pour elle.

Avec tous nos remerciements, notre admiration et notre profond respect.

A nos membres du jury,

Madame le Professeur Christiane BROUSSOLLE,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et nous vous en remercions. Nous espérons qu'il sera à la hauteur de vos espérances.

Nous garderons en souvenir ce semestre partagé à vos côtés, vos enseignements aussi riches médicalement qu'humainement. Votre générosité et votre disponibilité nous honorent.

Monsieur le Professeur Michel-Henri FESSY,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de siéger parmi les membres de notre jury et nous vous en remercions vivement.

Nous espérons que notre travail sera à la hauteur de l'intérêt que vous portez à l'histoire de la médecine. Soyez assuré de l'expression de notre respectueuse considération.

**Monsieur le Docteur Jean-Christophe BEL,
Notre directeur de thèse,**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et de le juger. Votre disponibilité et votre réactivité furent sans égales. Vos connaissances de l'histoire de la médecine et en informatique nous ont été d'un grand soutien. Nous apprécions votre sens de la précision, votre esprit de synthèse et votre investissement dans ce travail que nous avons partagés avec vous.

Vous nous avez guidée, encouragée, et motivée, pour cela, recevez le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Remerciements

Aux médecins qui m'ont accompagnée et encouragée pendant mes études

Mon tuteur de médecine générale le Dr Christophe Pigache.

Le Dr Arnaud Anastasi et toute l'équipe du service de médecine interne Revol du Vinatier.

Madame le Professeur Broussolle, Monsieur le Professeur Sève, les Dr Charhon et Loïg Varron, ainsi que toute l'équipe de médecine interne de la Croix-Rousse.

Mes maîtres de stage en ambulatoire les Docteurs Jean-Paul Vallenet et Wilfrid Planchamp.

Le Dr Finck, les sages-femmes et toute l'équipe de la maternité de l'Union.

Les Dr Hélène Matos et Abou-Abba du service des urgences de Valence.

Les Dr Brunet et Brunet-Guedj du service de médecine du Sport de l'hôpital Edouard Herriot.

Monsieur le Professeur Caillot et toute l'équipe du service de chirurgie d'urgence de Lyon-Sud.

Aux médecins qui m'ont confié leurs patients lors de mes premiers remplacements

Les Docteurs Kishore Paris-Ramyead, Yvan Levy, Luc Hillion, Olivier Stoeckel, Sophie Brohet.

A ma famille,

A mon père Jean-Jacques, ce héros

Je te remercie pour le soutien que tu m'as apporté toutes ces années. Ton amour et la foi que tu as en moi ont fait ce que je suis maintenant, un médecin et une musicienne. Je suis fière d'être la fille d'un homme honnête et courageux, d'un père aimant, d'un médecin humain et consciencieux. Je te remercie pour l'aide que tu m'as apportée dans ce travail. Avec tout mon amour.

A ma mère Jeannette, une grande femme

Je te remercie pour tout l'amour que tu m'as donné, pour tes encouragements, pour le temps que tu m'as consacré toutes ces années. La petite fille a été privilégiée, la grande en prend conscience. Je suis fière d'être la fille d'une femme généreuse, d'une mère aimante, et d'un professeur enthousiaste et rigoureux. Je te remercie pour ton investissement et ton influence dans ce travail. Avec tout mon amour.

A ma sœur Anne-Claire, son mari et leurs deux enfants

Merci pour ton amour de grande sœurette. Merci pour ta confiance. Le partage de ton enthousiasme et de tes conseils me grandit tous les jours un peu plus. L'âge nous aura rapprochées, et cela ne fait que commencer.

Mathieu, nos conversations sont toujours captivantes. Continue de dire tout haut, car ton regard sur la médecine m'ouvre les yeux à chaque fois.

Tess, ma filleule adorée, je t'embrasse tout fort. Rémi, mon petit coco, je t'embrasse tout fort aussi.

A mon frère Jean, sa femme et leurs deux enfants

Merci pour ton amour de grand frangin. J'ai tellement partagé avec toi, tant sur le plan musical qu'humain. Un seul regard suffit pour se comprendre. Merci pour ta confiance, ton enthousiasme et tes conseils.

Isabelle, tes paroles passionnées sont toujours une source de réflexion, que ce soit sur la médecine ou sur la vie.

Zoé, ma belle princesse, je t'embrasse tout fort. Eliot, mon grand neveu, je t'embrasse aussi (j'en profite).

A la mémoire de mes grands-parents, Hélène et Jean Nicklaus

La rigoureuse et l'humoriste, la littéraire et le cuisinier, la musicienne et le bricoleur. Un mélange parfait pour des grands-parents plein de tendresse.

A mes oncles et tantes et leurs enfants

Roby et Jeanne (merci pour le vin !), Martin et Odile (merci pour le bateau !), Bernou (merci pour les livres de Mamy!), Vincent et Christian (merci pour la Petite France !), Gérard et Liliane. Cyril, Christelle, Jérôme, Mathieu, Guillaume, Benjamin, Amélie, Amélie, Quentin et Camille.

A mon parrain et ma marraine Maïthé et François Flammant

J'aimerais vous voir plus souvent.

A Baptiste

Tu peux arrêter de poser ta fameuse question car oui, j'ai fini ma thèse...

Merci d'être un ado super chouette, continue de grandir comme ça (sauf des pieds).

A mes beaux parents

Je vous remercie pour votre accueil dans la tribu Moreau & Co. Merci pour votre soutien pendant l'écriture estivale de ce travail. Merci pour le préfou, Samoëns et Courcoury !

A mes 5 belles-sœurs, leurs moitiés et leurs enfants

Sophie et Jean, Fred et Youl, Stéphanie et Christophe, Julie et Gaël.

Spéciale dédicace à Anne et Georges pour leurs conseils littéraires éclairés.

Emilie, Camille, Paul, Ella, Thomas, Benjamin, Anna, Margot : arrêtez de grandir !

A Béné ma 6^e belle-sœur et Emmanuel, aux copains sablais Olivier, Hélène-Marie, Titi et les autres.

A mes amis,

A mes amis de médecine

Fanélie, Carole, Aurélie, Djul, Pauline, Cyril, Sophie, Thomas Le Roux, Romain, Anne-So, Nono, Isabelle et les autres.

Merci pour ces années partagées, et pour celles à venir. Même nous sommes parfois éloignés, et même si je suis souvent en mode "huître", le cœur y est !

A mes amis de la fanfare Krapo et des autres fanfares

Ne croyez pas que je vais tous vous citer, vous vous reconnaissez facilement : une bière dans une main, l'instru dans l'autre.

A mes amis de la vraie musique

Les Goyus et Kiet, IL&ELLE, et les P.A.C.

A "IL",

Tu n'aimes pas que je te dise "merci", pourtant il ne peut en être autrement.

Merci pour ton investissement dans ce travail, pour ton soutien et tes encouragements.

Tu trouves toujours les mots que j'ai besoin d'entendre, tu trouves toujours les solutions à mes angoisses. Et même si je te le dis tous les jours, je vais pour une fois te l'écrire : « *Tu es merveilleux* ».

Je t'aime pour la vie et après.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
LE CADRE DE VIE DES PATIENTS A L'HOTEL-DIEU	4
1.1.COMMENT ETAIENT GERES L'HOPITAL ET LES PATIENTS ?	5
<i>La création des Hospices Civils de Lyon (H.C.L.)</i>	<i>5</i>
<i>L'évolution de l'administration</i>	<i>7</i>
<i>Le budget des H.C.L.....</i>	<i>10</i>
1.2.OU ET COMMENT ETAIENT LOGES LES PATIENTS ?.....	19
<i>Les bâtiments de L'Hôtel-Dieu en 1802.....</i>	<i>20</i>
<i>Les nouvelles constructions, les améliorations liées à l'hygiène et au confort des patients, et la notoriété de l'Hôtel-Dieu</i>	<i>23</i>
1.3.PAR QUI ET COMMENT ETAIENT SOIGNES LES PATIENTS ?.....	32
<i>Le personnel médical</i>	<i>32</i>
<i>Le personnel non médical</i>	<i>42</i>
2. LE QUOTIDIEN DES PATIENTS A L'HOTEL-DIEU	49
2.1.QUI ETAIENT LES PATIENTS ET DE QUOI SOUFFRAIENT-ILS ?	50
<i>Leur démographie</i>	<i>50</i>
<i>Leur typologie.....</i>	<i>58</i>
<i>Leur mortalité.....</i>	<i>70</i>
2.2.COMMENT VIVAIENT LES PATIENTS AU SEIN DE L'HOPITAL ?	87
<i>Les salles communes.....</i>	<i>87</i>
<i>La pestilence et le bruit.....</i>	<i>96</i>
<i>L'alimentation à l'hôpital.....</i>	<i>99</i>
<i>L'organisation des séjours et la discipline hospitalière.....</i>	<i>103</i>
<i>La fin de vie à l'Hôtel-Dieu.....</i>	<i>108</i>
3. LES PROGRES MEDICAUX APPORTES AUX PATIENTS DE L'HOTEL-DIEU.....	111
3.1.LA CLINIQUE ET L'ANATOMOCLINIQUE	113
3.2.LA MEDECINE EXPERIMENTALE ET LES DECOUVERTES PHYSIOPATHOLOGIQUES	116
3.3.LES AVANCEES CHIRURGICALES	118
3.4.L'ANESTHESIE - 1846.....	121
3.5.L'ANTISEPSIE - 1865	125
3.6.L'ASEPSIE - 1880.....	128
3.7.LA RADIOLOGIE - 1895.....	134
CONCLUSIONS.....	139
CHRONOLOGIE	142
ANNEXES.....	151
TABLES DES DOCUMENTS	158
BIBLIOGRAPHIE	160

INTRODUCTION

Le premier hôpital de France fut créé à Lyon, sur la rive droite de la Saône, par le roi Childebert et la reine Ultrogothe en 542, donnant à la ville le surnom de "ville de la charité". Cet hôpital n'est pas à l'origine de l'Hôtel-Dieu de Lyon. C'est l'hôpital du Pont-du-Rhône, construit en 1184 sur la rive droite du Rhône et servant de dispensaire aux ouvriers chargés de la construction du pont du Rhône (pont de la Guillotière) qui prit le nom de "*Hôtel-Dieu de Notre-Dame de Pitié du Pont-du-Rhône*" au XVI^e siècle [1] (p 4 ;13 ;39). Le terme "*Hôtel-Dieu*" désignait « *l'hôpital principal des villes* » [2] (p 638) qui se distinguait des établissements créés dans les couvents ou par des laïcs. De nombreuses villes de France possédaient un "Hôtel-Dieu". L'Hôtel-Dieu de Lyon, était considéré comme l'hôpital général de la ville : on y accueillait gratuitement les indigents malades ou non, sans condition d'origine. Son voisin, l'hôpital de la Charité, fut construit au XVII^e siècle par l'Aumône Générale afin de recueillir les miséreux (enfants abandonnés, incurables, vieillards, femmes enceintes) [3] (p 23-4).

Avant le XIX^e siècle, l'Hôtel-Dieu correspondait à la définition historique du terme hôpital : « *maison où l'on recevait gratuitement l'hospitalité* » [2] (p 638). Au cours du XIX^e siècle, l'Hôtel-Dieu passa de centre d'accueil charitable pour indigents à institution soignante, grâce aux progrès médicaux réalisés durant ce siècle (hygiénisme, anesthésie, antisepsie et aseptie, essor de la chirurgie moderne). Ces progrès médicaux accompagnaient une diversification de la population soignée, avec l'arrivée des premiers patients payants [4] (p 11). Nous avons choisi de consacrer notre travail à ce siècle en pleine mutation, avec en l'année 1802 la création des Hospices Civils de Lyon (H.C.L.), jusqu'à l'année 1900.

La question à laquelle nous avons essayé de répondre est de savoir si l'évolution du rôle de l'hôpital ainsi que les avancées de la médecine au XIX^e siècle ont eu un impact sur la vie quotidienne des patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Tout d'abord nous avons étudié le cadre de vie des patients hospitalisés : comment étaient gérés l'hôpital et les patients d'un point de vue administratif et économique ? Où et comment étaient-ils logés ? Par qui et comment étaient-ils pris en charge ? Puis nous nous sommes intéressés au quotidien des patients en lui-même : qui étaient-ils ? De quelles pathologies souffraient-ils ? Comment vivaient-ils au sein de l'hôpital ? Enfin, nous avons porté notre attention sur les progrès médicaux apportés aux patients au cours du XIX^e siècle.

De nombreuses thèses d'histoire de la médecine ont concerné les avancées médico-chirurgicales, les soignants, ou la pathologie du XIXe siècle. Nous nous sommes inspirés de ces écrits (Vulliet, Gudefin, Dbouk, Davin, Klein, Oukala), en centrant notre travail sur le patient en lui-même. Certains médecins de l'époque ont réalisé des travaux très précis sur l'Hôtel-Dieu et la médecine à Lyon (Pointe, Polinière, Jambon, Monfalcon, Pétrequin), de même que l'archiviste des H.CL. (Dagier au XIXe siècle, puis Croze et Colly au XXe). Par ailleurs, nous avons trouvé de précieuses informations dans les écrits contemporains d'historiens (Faure, Garden, Nonnis), ou de médecins lyonnais spécialisés en histoire de la médecine (Bouchet, Mornex, Fischer). Parallèlement, nous avons sélectionné des passages de la littérature du XIXe siècle afin d'illustrer nos propos. Il s'agit de romans, dont le personnage principal est hospitalisé (Balzac, Goncourt, Sue, Verlaine, Zola).

LE CADRE DE VIE DES PATIENTS À L'HÔTEL-DIEU

1.1. Comment étaient gérés l'hôpital et les patients ?

A partir de 1796, l'administration de l'Hôtel-Dieu et celle de l'hospice de la Charité furent officiellement réunies en Hospices civils de Lyon (H.C.L.). Elles furent dotées d'un Conseil Général d'Administration en 1802, date retenue comme naissance des H.C.L. Les mesures de la nouvelle administration améliorèrent le quotidien des patients de l'Hôtel-Dieu, malgré les difficultés financières auxquelles elle devait faire face.

La création des Hospices Civils de Lyon (H.C.L.)

Au début du XIXe siècle, la désorganisation de l'Hôtel-Dieu et de la Charité était profonde, tant pour les finances que pour l'administration.

L'Hôtel-Dieu était très endetté, conséquences des constructions passées et du nombre croissant de patients ; il en était de même pour l'hospice de la Charité. Face à cela, le gouvernement émit en 1782 un projet de fusion des deux établissements [1] (p 123).

La Révolution de 1789 aggrava les choses : les privilèges royaux, source de revenus des hôpitaux, furent brutalement supprimés. La situation devint telle que les Recteurs-administrateurs^a furent obligés de démissionner en 1791 à l'Hôtel-Dieu (et en 1792 à la Charité) [1] (p 131-3) : « *La caisse était vide* », les dettes étaient importantes, le linge, les médicaments et la nourriture manquaient pour les patients [1] (p 167). Suite à cette démission, la municipalité assumait la gestion de l'Hôtel-Dieu, et nomma des notables de la ville comme administrateurs [1] (p 165-7).

De plus, en 1793, l'Hôtel-Dieu fut dévasté par les bombardements et les incendies du siège de Lyon [1] (p 170-3).

^a Recteur-administrateur : Notable de la ville, nommé par le Consulat (pouvoir municipal), chargé de l'administration de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice de la Charité depuis le XVIe siècle. Il devait léguer une partie de leur fortune à l'institution. En échange, il acquérait la possibilité d'être éligible au Consulat, et gagnait un titre de noblesse héréditaire.

La fusion entre l'Hôtel-Dieu et l'hospice de la Charité devint nécessaire : premièrement, la rivalité entre les deux administrations était source de conflits depuis plus d'un siècle [5] (p 19), [1] (p 106) ; deuxièmement, il semble que déjà en 1782, « *les ministres avaient résolu de n'accorder aucun secours à l'Hôtel Dieu avant l'exécution du projet formé depuis quelque temps de supprimer l'hôpital de la Charité, et de réunir son administration à celle de l'Hôtel-Dieu* » [6] (p 295) ; troisièmement, on vit dans cette entreprise d'unification la solution pour équilibrer les budgets de chacun, dont la situation était catastrophique au sortir de la Révolution [7] (p 10).

En 1796, la loi du 16 vendémiaire de l'an V ordonna la gestion des hôpitaux publics par les autorités communales. « *Une commission de cinq membres dite **Commission administrative des Hospices Civils de Lyon** [fut] installée pour gérer et diriger, sous la surveillance de la municipalité, l'Hospice général des Malades (Hôtel-Dieu) et l'Hospice des Vieillards et Orphelins (Charité)* » [1] (p 177). Ces deux hôpitaux avaient perdu leur appellation religieuse à la Révolution, d'où le nom de "Hospices" Civils de Lyon.

Financièrement, rien n'avait changé pour autant. Il fallut attendre l'année 1800, et la visite à Lyon du Premier Consul Bonaparte pour voir rétablir les octrois de bienfaisance supprimés à la Révolution, et voir rembourser les dettes que l'Etat avait envers l'hôpital [1] (p 178 ;180).

Cependant, « *les deux établissements [...], en raison de leur importance et de la multiplicité des affaires à résoudre, avaient besoin d'une organisation plus large, plus complète, plus rationnelle* ». C'est pourquoi en 1802, l'Etat institua un **Conseil Général d'Administration des H.C.L.** « *composé du préfet départemental, des 3 maires de la ville, et de 15 citoyens nommés par lui* » [1] (p 180) (Lyon était à cette époque divisé en 3 cantons : nord, sud et ouest, dont chacun avait un maire).

Par conséquent, dès le début du XIXe siècle, l'Hôtel-Dieu ne fut plus indépendant administrativement, mais rattaché aux H.C.L. avec l'hospice de la Charité.

L'évolution de l'administration

De 1802 à 1830 : une administration traditionnelle

Dans ce nouveau Conseil Général d'Administration des H.C.L., un des membres du Conseil était nommé "administrateur-directeur". Il avait « *toute autorité* », sauf pour les affaires importantes où il devait saisir le Conseil (« *achats extraordinaires, extensions, suppressions ou réformes* »). Sept membres du Conseil étaient chargés de faire une visite quotidienne de l'établissement [1] (p 213-4).

Néanmoins, ce changement administratif n'entraîna pas un renouveau immédiat. L'administration se plaça dans la lignée de la précédente, conservant les traditions, « *redoutant les innovations, considérées comme révolutionnaires, elle proclamait la sagesse des temps anciens* », dans la charité chrétienne [8] (p 12).

Les membres du Conseil Général d'Administration des H.C.L. faisaient partie de l'élite lyonnaise (magistrats, avocats, propriétaires et négociants). Ils formaient un "club" fermé « *liés entre eux par un filet extrêmement serré de liens politiques, familiaux [mariages] et professionnels* ». « *L'avantage donné aux anciens candidats [renforçait] la stabilité du conseil* » dont les membres (issus souvent de la même famille) étaient d'opinion politique conservatrice en majorité. « *Comme sous l'Ancien Régime, la présidence du conseil des hospices [était] la dernière étape du cursus honorum avant la Mairie* ». D'ailleurs, la municipalité n'allait pas à l'encontre des décisions du conseil, et laissait les administrateurs relativement indépendants [9] (p 15-20).

Fortement imprégnés de religion, les administrateurs avaient le sentiment de se dévouer à la cause des classes misérables, avec un état d'esprit paternaliste. Ils participèrent à la Renaissance catholique du début du XIXe siècle en multipliant les « *cérémonies grandioses, capables d'impressionner les foules et de les ramener dans le droit chemin* » [9] (p 22) (prières en début et fin des réunions du conseil, participation des administrateurs aux messes de l'hôpital, procession dans la ville à Pâques, bénédiction de nouvelles salles, etc.).

Ils rétablirent le culte et restaurèrent l'église et les chapelles de l'Hôtel-Dieu « grâce à la générosité lyonnaise » [10] (p 47).

Le nouveau règlement interne de l'hôpital de 1819 [11] conservait la même idéologie d'ordre moral et de sagesse – sous peine de sanction – que les anciens règlements.

Les objectifs administratifs étaient ambitieux : « Il fallait reconstituer le matériel [linges, ustensiles,...], procéder aux réparations des immeubles pour en augmenter les revenus, reprendre le service des rentes viagères et perpétuelles interrompues depuis 1797, achever la construction de l'Hôtel-Dieu, pour permettre aux malades de "coucher seuls" et amener "les recettes des Hôpitaux réunis au niveau de leurs dépenses" » [10] (p 47).

A partir de 1830 : une administration progressiste

Document 1 : Mesures prises par l'administration des H.C.L. à partir de 1830.

Amélioration de l'hygiène et du confort des patients	Amélioration de la salubrité des bâtiments
<ul style="list-style-type: none"> - Interdiction de coucher plus d'un patient par lit (1832) - Cloisonnage des grandes salles (1839) - Amélioration de la méthode de nettoyage des salles communes des patients (1837) - Parquetage des salles communes des patients, rendues plus hygiéniques (1837) - Amélioration de la ventilation et du chauffage des salles communes des patients (1839, 1843, 1852) - Acheminement de l'eau par une machine à vapeur (1839) - Suppression de la taxe payée par les familles pour rendre visite aux patients (1840) - Transfert de la morgue sur un bateau amarré sur le Rhône (1853) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rénovation des salles des Quatre Rangs (1833-1834) - Construction d'un amphithéâtre de dissection (1835-1836) - Rénovation des murs extérieurs de l'Hôtel-Dieu (1837-1839) - Construction de l'aile méridionale (1838-1841) - Fermeture de la boucherie (1838) et création du passage de l'Hôtel-Dieu (1840) - Création d'un bâtiment réservé aux bains et aux douches (1842) - Construction des bâtiments de l'école secondaire de médecine (1842-1847) - Construction du promenoir des convalescents (1844) - Rénovation des locaux de consultations externes (1850) - Achèvement de l'Hôtel-Dieu par l'architecte Paul Pascalon (1887-1893)

L'année 1830 fut marquée par un changement radical de l'administration des H.C.L. : suite à la Révolution de juillet, Louis-Philippe I^{er} proclama la loi du 30 août 1830 : les fonctionnaires publics étaient "invités" à prêter serment : « *Je jure fidélité au Roi des Français, obéissance à la charte constitutionnelle et aux lois du Royaume* ». L'administration des H.C.L., composée de conservateurs, voire d'ultra-royalistes, refusa de prêter ce serment. En conséquence, le ministre de l'Intérieur les révoqua [1] (p 190), et « *installa solennellement leurs successeurs qui prêtèrent devant lui le serment requis* » [10] (p 48).

Dans cette nouvelle administration, les médecins furent plus nombreux au milieu des négociants, juristes et propriétaires : Gilibert, Virivel, A. Ferrez (directeur de la Charité), A. de Polinière (directeur de la Charité) et surtout J.-F. Terme qui présida le conseil de 1832 à 1840. « *Aucun des grands noms de l'oligarchie lyonnaise* » n'apparut après 1830 ; seul J.-F. Terme devint maire de Lyon ; et les alliances maritales disparurent [9] (p 150-2).

Ce changement initia de nombreuses améliorations concernant l'hygiène et le confort des patients, ainsi que la salubrité des bâtiments (Document 1).

D'idéologie libérale, les administrateurs séparèrent le « *spirituel* » du « *temporel* » en limitant « *les pouvoirs du clergé* » et en laïcisant le personnel. La lutte contre les résistances des aumôniers et des sœurs fut âpre. Les sœurs furent considérées comme des salariées, le personnel civil fut mieux qualifié, et leur encadrement plus rigoureux [9] (p 153-4;156).

Malgré les causes persistantes de déficit, les secours aléatoires de la ville, la charge de l'entretien des immeubles, celle de l'endiguement du Rhône (permettant une plus-value des terrains de Brotteaux), et les inondations de 1840, le budget resta à l'équilibre. « *L'excellence de la gestion* » permit de réorganiser les services en médicalisant l'Hôtel-Dieu, d'améliorer l'hygiène et le confort des patients, et d'agrandir le parc hospitalier des H.C.L. [10] (p 50-1).

Le budget des H.C.L.

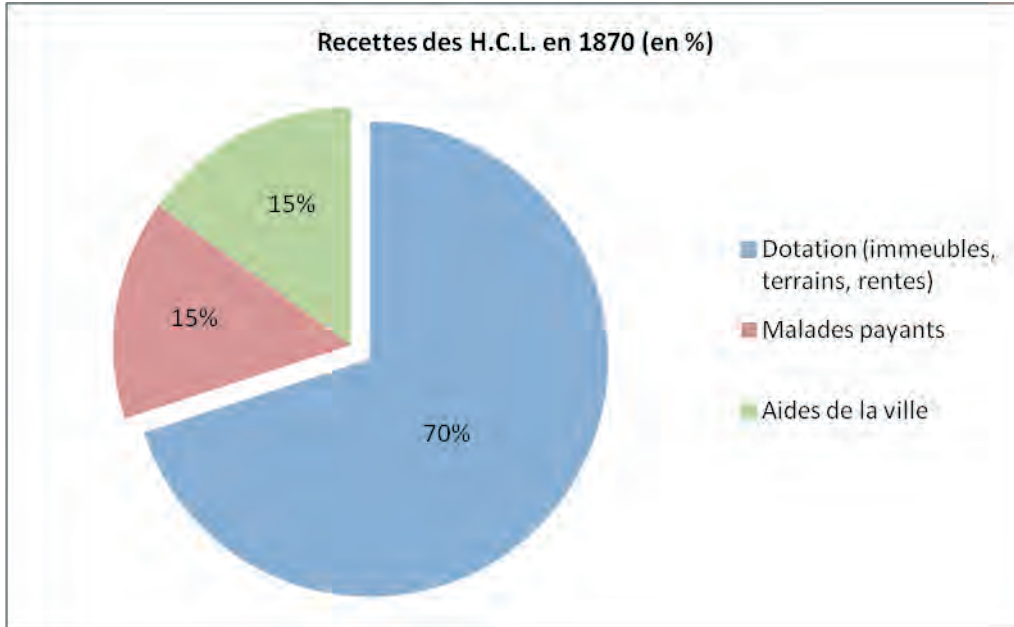
Le budget des H.C.L. augmenta progressivement au cours du XIXe siècle, et resta à l'équilibre jusqu'à 1895 environ, malgré quelques périodes de récession liées aux changements de régime politique [12] (p 41-2).

A partir de 1870, le ralentissement de la croissance du budget provoqua « *un déficit qui [devint] habituel, et que les Hospices Civils ne [purent] plus combler autrement qu'en s'appauvrissant, en puisant dans les réserves qui [étaient] pourtant leur source essentielle de financement* » [12] (p 62). Le déficit allait de paire avec l'augmentation du nombre de patients et des frais quotidiens. L'accroissement de la population vers la rive gauche nécessitait la construction d'un nouvel hôpital, tout en modernisant les autres. Mais le budget des H.C.L. n'était pas suffisant.

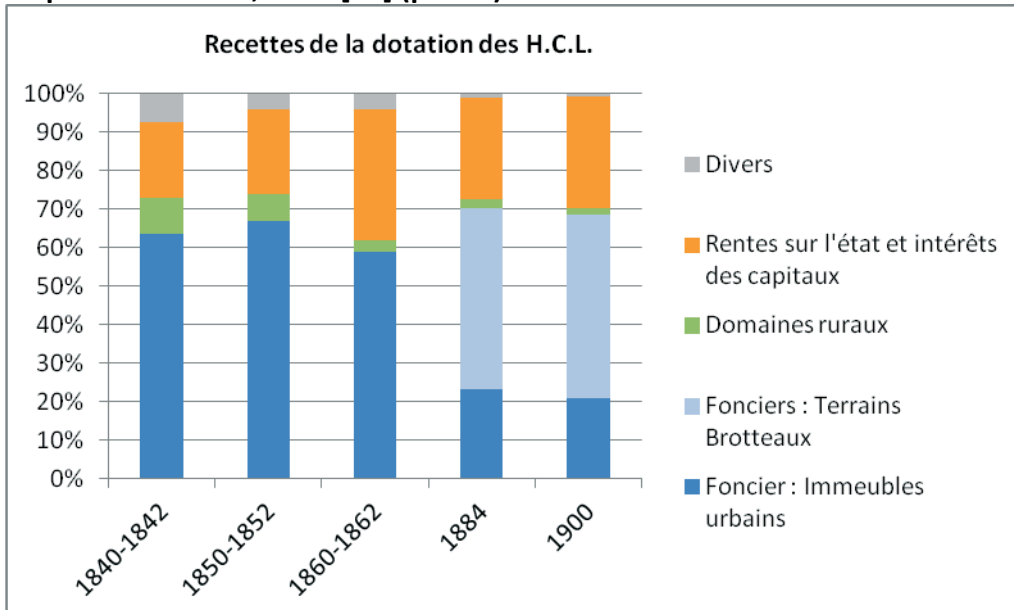
Cela eut pour conséquences l'augmentation du nombre d'hôpitaux privés en dehors du cadre des H.C.L. (hôpital Saint-Luc 1869, hôpital Saint-Joseph 1894), et le projet du financement par la municipalité d'un hôpital pavillonnaire moderne à Grange-Blanche [12] (p 69-71).

Les recettes des H.C.L.

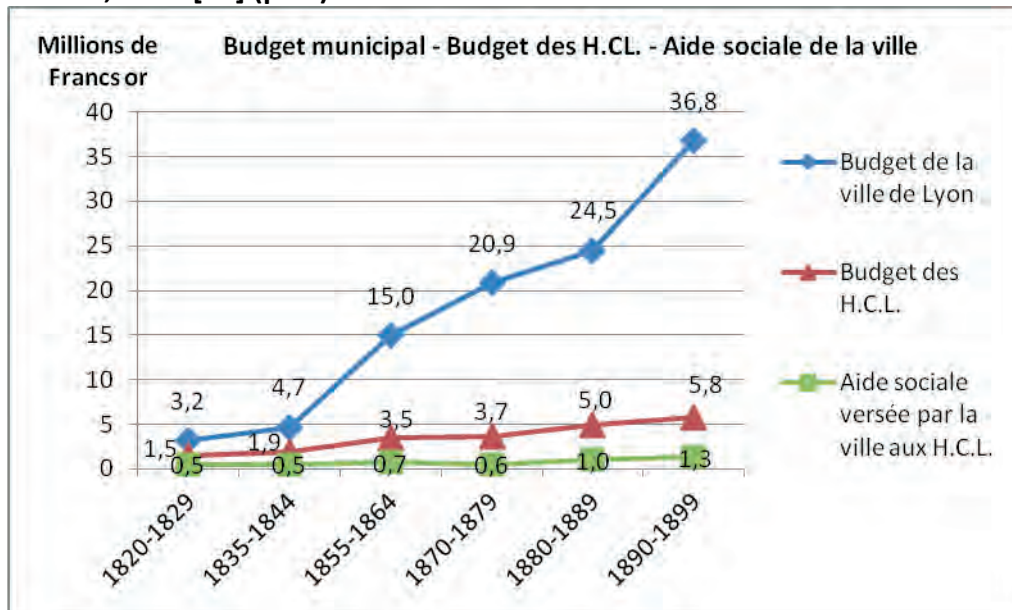
Document 2 de synthèse : Recettes des H.C.L. en 1870. Source : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 46;52;86).



Document 3 de Synthèse : Répartition des recettes de la dotation des H.C.L. Source : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 55-7).



Document 4 de synthèse : Courbes représentant le budget municipal, le budget des H.C.L., et l'aide sociale versée par la ville aux H.C.L., en millions de Francs or. Source : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 46).



Malgré la nationalisation des hôpitaux suite à la Révolution, l'Etat n'apportait pas d'aide financière. D'après le Document 2, les H.C.L. ne purent compter que sur son patrimoine légué au fil des siècles par la charité publique [12] (p 51-2), « *les revenus des immeubles et des fermes, les rentes patrimoniales* », ainsi que sur les journées des patients payants [10] (p 47). La municipalité n'apportait qu'une petite aide sous forme d'octrois de bienfaisance, de péages des ponts, et de subventions [12] (p 51).

Selon le Document 3, les H.C.L. possédaient une dotation d'immeubles urbains sur la Presqu'île et de nombreux domaines ruraux (agricoles ou marécageux) de la rive gauche : le grand domaine de la Tête d'Or (légué par Mme de Villiers en 1632) et celui de la Part-Dieu (légué par Mme de Servient en 1724), des terrains aux Brotteaux et à la Guillotière [12] (p 54).

Au cours du siècle, le revenu de cette dotation ne cessa d'augmenter : il fut multiplié par 8 et représenta jusqu'à 60-70% du budget global [12] (p 52).

- Les revenus fonciers : augmentation des loyers des immeubles urbains (de la Presqu'île) ; plus-value des terrains de Brotteaux, Tête d'Or et Part-Dieu qui furent urbanisés grâce à l'expansion de la ville vers la rive gauche [12] (p 55-6).

- Les rentes sur l'Etat et les intérêts des capitaux : vente d'une partie des terrains de la rive gauche à l'Etat, à des collectivités locales ou à des particuliers, sous forme de rentes (parc de la Tête d'Or, chemin de fer, etc.) [12] (p 61).
- Les domaines ruraux (Guillotièrre principalement) : diminution de leur intérêt du fait de leur « *gestion difficile* » et de leur « *faible rentabilité* » [12] (p 54).

A cela s'ajouta des donations exceptionnelles : celle de l'impératrice Eugénie pour la construction, en 1867, de l'asile Sainte-Eugénie des convalescents ; celle du directeur des H.C.L. Hermann Sabran (1837-1914), permettant, en 1892, la construction de l'hôpital maritime Renée-Sabran sur la presqu'île de Giens (dans le Var) pour les enfants convalescents [12] (p 59).

Parallèlement, le nombre de lits payants augmenta au cours du XIXe siècle, avec une nette progression à partir de 1870 : passant de 88 lits payants dans les années 1870 à 166 dans les années 1890, et 285 dans les années 1900. Alors que cette part de recette ne représentait que 15% du budget global jusqu'en 1870, elle augmenta encore à partir de 1880 avec un taux de croissance de 4,10% [12] (p 85-6).

D'après les chiffres de M. Garden représentés dans le Document 4, l'aide de la municipalité envers les H.C.L. resta la même malgré l'augmentation de son budget.

Au début du XIXe siècle, la municipalité allouait jusque 15,8% de son budget à l'aide sociale (pour l'œuvre des enfants abandonnés de l'hospice de la Charité, pour l'Hôtel-Dieu, et pour l'hospice de l'Antiquaille). Cette aide représentait 34,2% du budget des H.C.L : la municipalité considérait les H.C.L. « *comme une émanation de la ville, comme un service municipal en quelque sorte* » [12] (p 43).

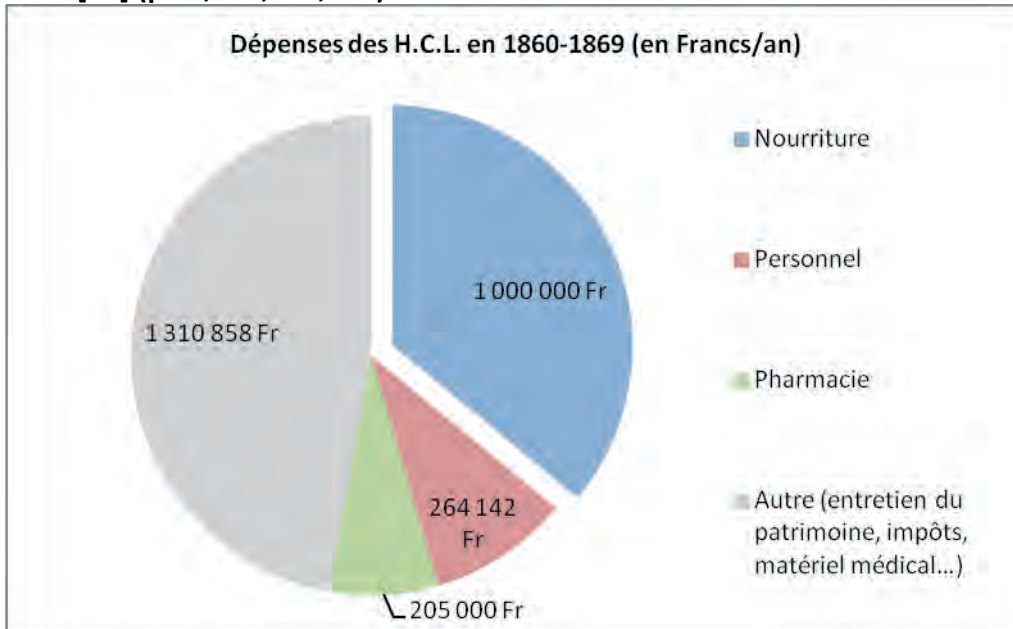
A partir de 1845, les H.C.L. durent faire face à « *un progressif désengagement de la ville* » : le budget de la ville augmentait, ainsi que le nombre de lits des H.C.L. (intégration ou création d'autres établissements), cependant l'aide sociale versée par la ville aux H.C.L. stagnait. Entre 1870 et 1879, la ville n'allouait plus que 2,6% de son budget à l'aide sociale, soit 14,8% du budget des H.C.L. La priorité de la ville allait vers l'urbanisation (création de la rue Impériale (rue de la République), festivités de la visite impériale de 1860) [12] (p 43;45).

A la fin du XIXe siècle, les lois de l'assistance médicale gratuite (1893) remplacèrent les subventions globales de la ville par un système de remboursement du prix de journée payé par la commune, le département ou l'Etat en fonction du domicile du patient. Cependant, le prix journalier fixé était inférieur au coût de revient. Et la ville et le département étaient de mauvais payeurs [12] (p 83-4). Sur le plan national, l'assistance médicale gratuite fut dépassée par les chiffres : elle ne devait concerner que 400 000 patients par an, or plus de 700 000 patients furent soignés gratuitement en 1897 – alors même que la loi de finances n'avait pas encore établi la subvention de l'Etat [4] (p 73).

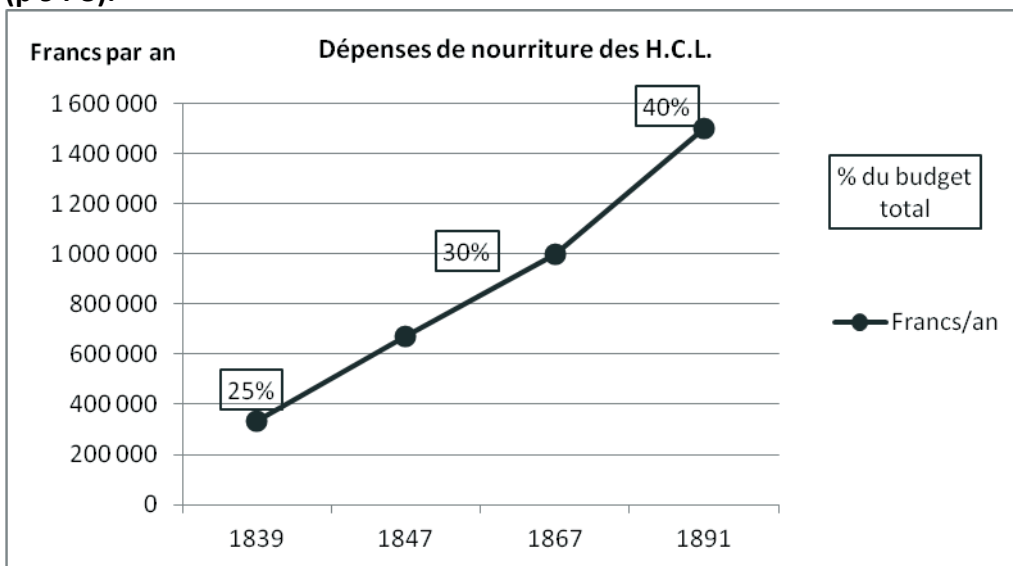
Les recettes de pharmacie – liée à la vente de médicaments au public – atteignirent leur maximum de 186 000 Francs constants par an en 1870-1880. Ce montant fut « *supérieur aux remboursements des frais d'hospitalisation par les malades* ». A partir de 1870, la vente au public stagna, puis régressa [12] (p 103;107) (Document 7).

Les dépenses du budget des H.C.L.

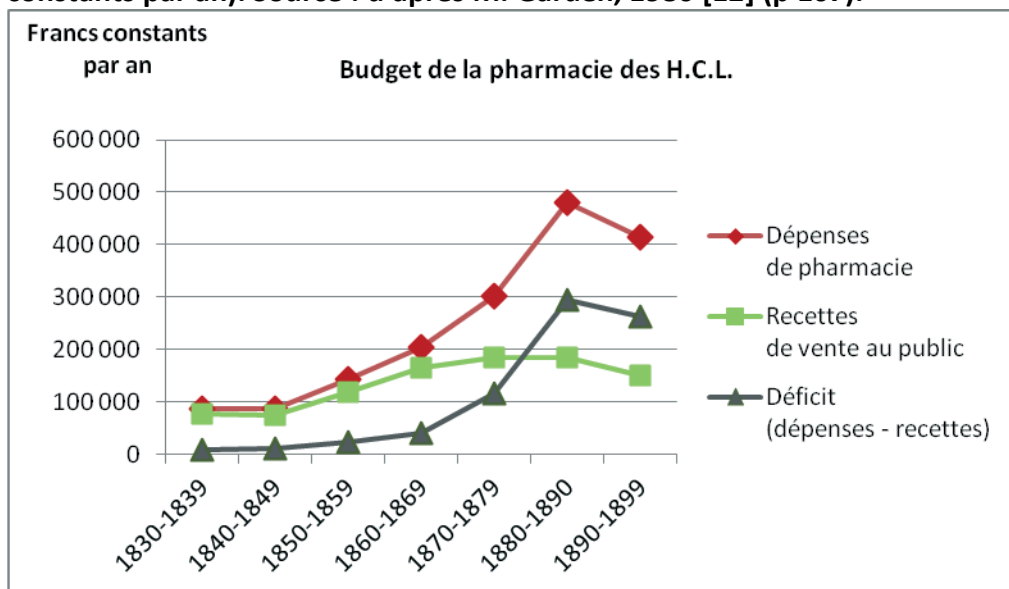
Document 5 de synthèse : Dépenses des H.C.L. en 1860-1869. Source : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 95;102;113;131).



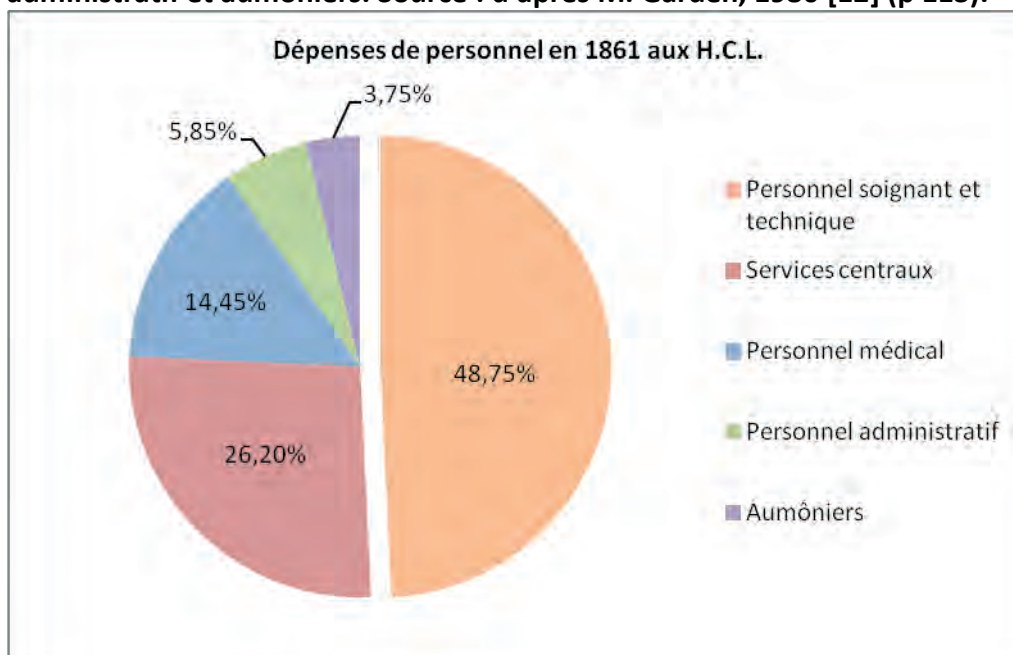
Document 6 de synthèse : Dépenses de nourriture des H.C.L. en valeur absolue (francs par an), et en proportion au budget global des H.C.L. Source : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 94-5).



Document 7 de synthèse : Budget de la pharmacie des H.C.L. en valeur absolue (francs constants par an). Source : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 107).



Document 8 de synthèse : Répartition des dépenses de personnel en 1861 aux H.C.L. entre personnel soignant et technique, services centraux, personnel médical, personnel administratif et aumôniers. Source : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 113).



« *Les dépenses se rapportaient tant à l'entretien des immeubles, aux impositions, aux appointements du personnel, aux gages des nourrices qu'aux frais de nourriture, de coucher et de soins des malades* » [10] (p 47) (Document 5).

« *Nourrir les malades [resta] pendant tout le XIXe siècle le premier poste de dépenses* » [12] (p 96), représentant 25 à 40% du budget global des H.C.L. Les prix des denrées alimentaires fluctuaient avec les incertitudes des régimes politiques ou les guerres : ainsi, « *des variations [...] dans les valeurs ne [signifiaient] pas nécessairement, surtout au XIXe siècle, évolution dans les quantités* » [12] (p 93).

Selon le Document 6, cette dépense augmenta très régulièrement avec un taux supérieur à celui du budget global. En 1861, le prix de la ration alimentaire représentait « *environ la moitié du prix de journée* » [12] (p 94-5;101).

La répartition évolua au cours du siècle : la viande était la principale dépense (40% des dépenses alimentaires) ; la part du blé diminua de 25% à 12% au profit des fruits et légumes (qui augmentèrent de 15% à 25%) ; le vin resta à 20% des dépenses alimentaires [12] (p 97).

Les dépenses de pharmacie étaient faibles comparées à celle de la nourriture mais elles augmentèrent aussi au cours du siècle (Document 7). Jusqu'au milieu du XIXe siècle, cette dépense était quasiment compensée par la vente de médicaments au public. De 1860 à 1885, la dépense en pharmacie augmenta, alors que la vente au public stagna puis régressa. Cependant, cette dépense restait faible : en 1870, « *les Hospices Civils ne dépensaient que 4 francs de pharmacie chaque fois qu'ils dépensaient 100 francs de denrées alimentaires* » ; ainsi, « *les drogues et les médicaments [revenaient] à environ 3 centimes par malades et par jour* » [12] (p 104;107).

En 1861 (avant l'ouverture de l'hôpital de la Croix-Rousse), les dépenses de personnels (Document 8) représentaient 10,30% du budget global, c'est à dire 281 Francs par an et par employé en moyenne. Cette faible dépense était liée à « *l'emploi presque gratuit d'un personnel de statut religieux* », ainsi qu'à la part de « *charges sociales et fiscales, presque inconnues en 1861* » [12] (p 113-6).

Malgré tout, le personnel soignant et technique – presque exclusivement religieux – représentait la moitié de la dépense de personnel (48,75%) lié à un effectif important. Les

services centraux (boulangerie, cuisine, boucherie, ateliers, transport, bâtiment, etc.) représentaient un quart de la dépense (26,20%), et le personnel médical 14,45% [12] (p 112-3).

1.2. Où et comment étaient logés les patients ?

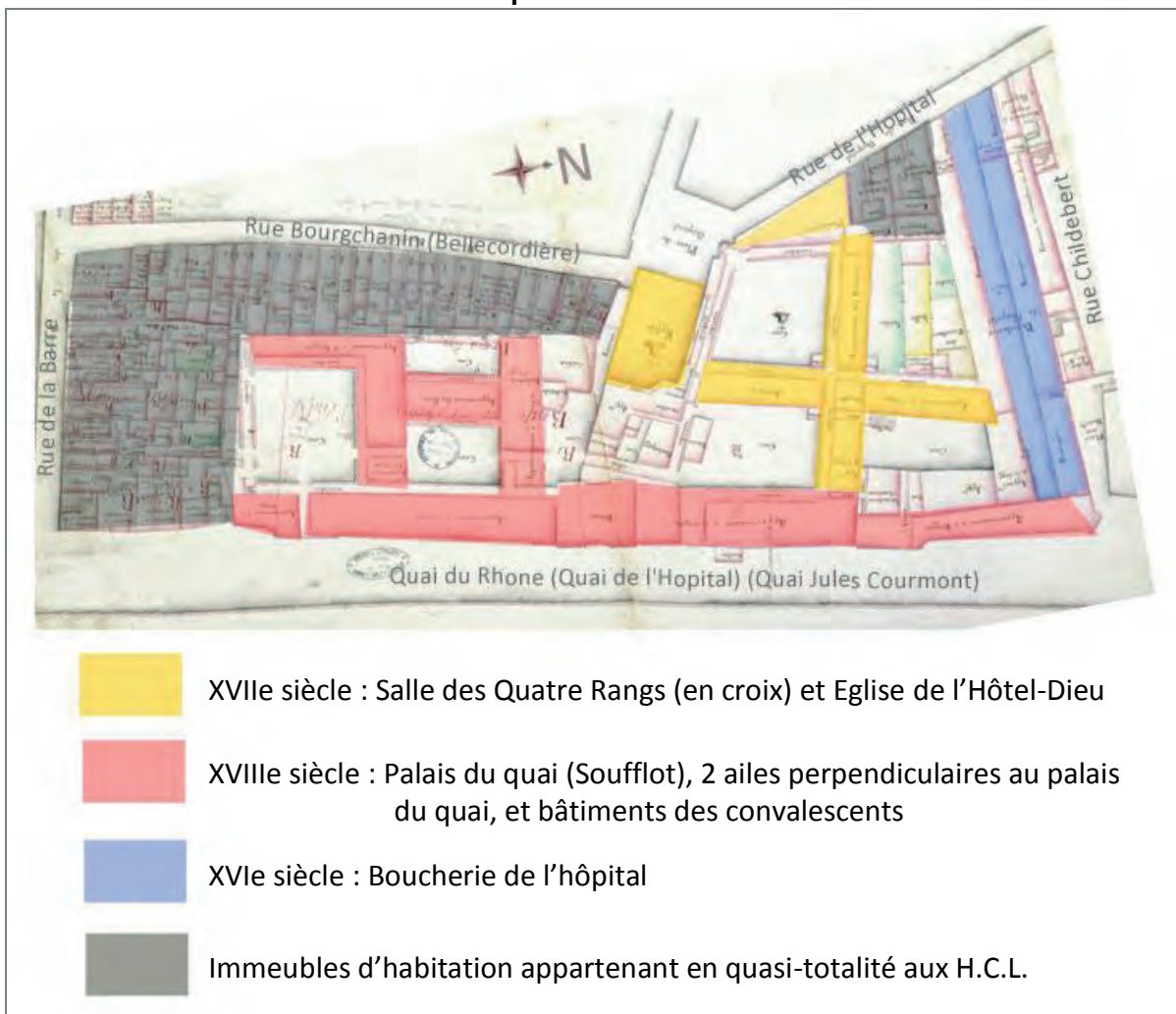
Construit au XVII^e siècle, l'Hôtel-Dieu fut spectaculairement agrandi au XVIII^e siècle. Au cours du XIX^e siècle, l'Hôtel-Dieu fut restauré, agrandi, et modifié afin d'améliorer la salubrité de l'édifice en rapport avec le courant hygiéniste du siècle, ainsi que le confort des patients.

Reconnu comme un des plus prestigieux hôpitaux de France, l'Hôtel-Dieu – appelé aussi "Grand Hôtel-Dieu de Lyon" – fut visité par de nombreuses personnalités françaises et étrangères.

Les bâtiments de L'Hôtel-Dieu en 1802

La grande majorité des bâtiments de l'Hôtel-Dieu était déjà en place en 1802, comprenant des bâtiments pour les patients et des dépendances.

Document 9 : Plan de l'Hôtel-Dieu au début du XIXe siècle colorisé à partir du plan de D. Gourdin. Source : Patrimoine Rhône-Alpes.



Les bâtiments des patients

Au début du XIXe siècle, l'Hôtel-Dieu était composé de deux bâtiments principaux pour les patients (Document 9) :

Les "**Quatre Rangs**" (XVIIe siècle), étaient un bâtiment de deux étages formé de 4 ailes disposées en croix, centrées par le "Petit Dôme" et sa chapelle. Les 4 salles du 1^{er} étage abritaient les patients de médecine appelés "fiévreux", comprenant majoritairement des femmes, dont une salle pour les femmes payantes [13] (p 28;30-1).

Le **Palais du Quai** (XVIIIe siècle par l'architecte G. Soufflot), qui longeait le Rhône permit, lors de sa construction, de diminuer de 4 à 2 le nombre de patients par lit [14] (p 496).

Il y avait deux étages centrés au milieu par le "Grand Dôme", avec sa chapelle et son double autel [13] (p 49) :

- Le 1^{er} étage était réservé aux hommes avec une salle pour les blessés, une pour les opérés « *qui [avaient] ou qui [devaient] subir quelque opération importante* », une salle d'opération où « *[étaient] opérés les malades qui ne [devaient] pas l'être dans leur lit* » [13] (p 48-50).
- Le 2^e étage était identique au 1^{er} et accueillait les femmes fiévreuses, blessées, opérées, avec une salle d'opération, et « *deux pièces pour des malades payants ; enfin la salle des femmes en couches* » [13] (p 50).

Ce bâtiment en pierre de taille et très ornementé était admiré par tous les voyageurs et commerçants venus du Dauphiné et de la Savoie, traversant le pont du Rhône. Voici comment le décrit J.-P. Pointe en 1842, « *son développement grandiose, la splendeur de ses ornements, la pureté de son dessin et l'harmonieuse symétrie de ses lignes [qui] excitent au plus haut point l'étonnement de l'étranger et l'admiration de l'artiste* » [13] (p 42-3). Mais les administrateurs jugèrent cette construction « *plus brillante qu'utile* », d'autant plus qu'ils avaient été forcés à la dépense par le Consulat (la construction coûta 1 527 360 livres) [1] (p 115;117).

Les bâtiments perpendiculaires au palais du quai comportaient également des salles pour les patients [13] (p 53-5).

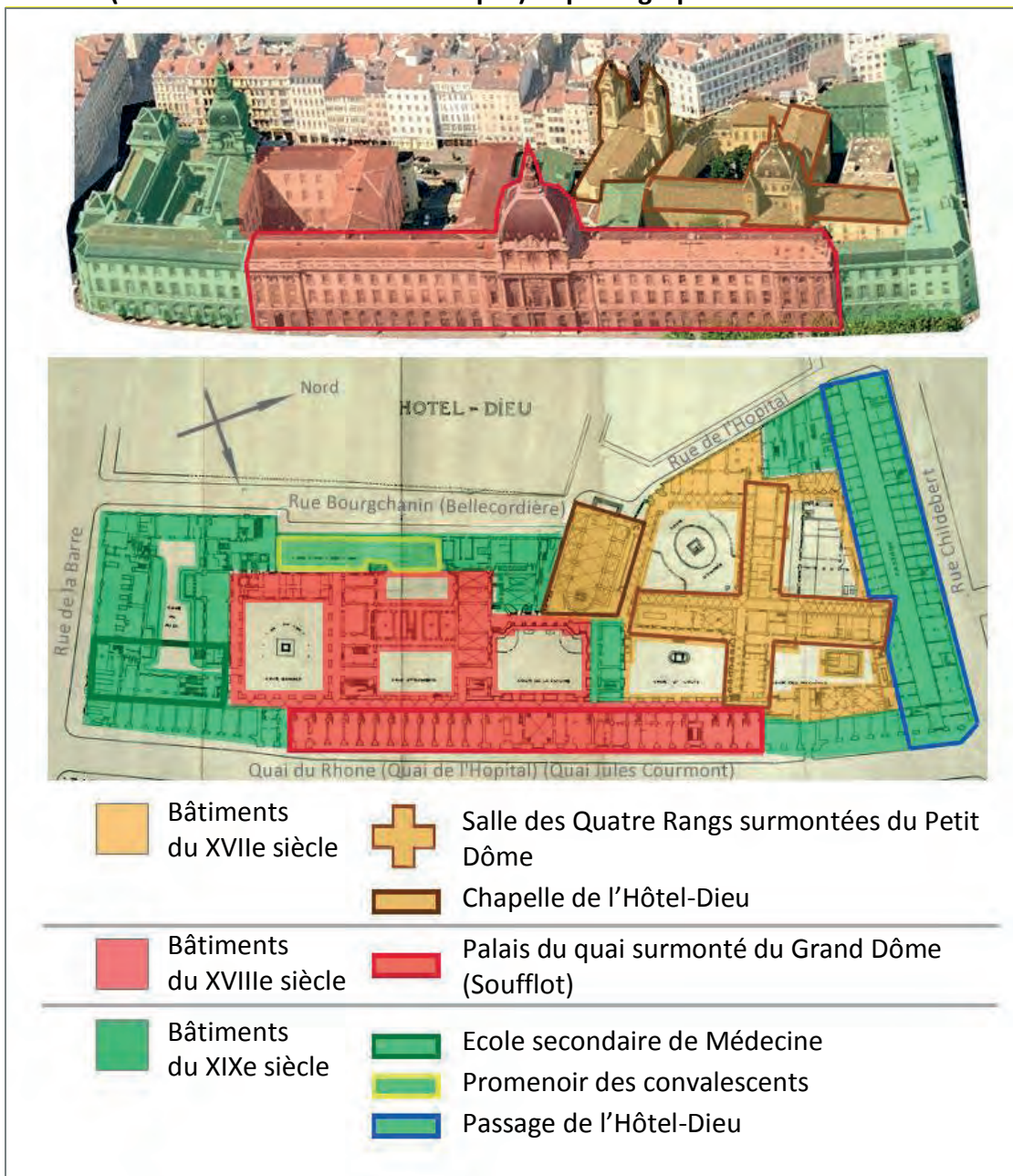
Les dépendances

- La boucherie de l'Hôtel-Dieu (datant du XVI^e siècle) était composée d'un abattoir et de boutiques pour la vente aux lyonnais, et fournissait la viande pour les patients de l'Hôtel-Dieu et de la Charité [1] (p 208).
- Un cimetière était situé dans une des cours, et un autre cimetière était réservé pour les protestants.
- La pharmacie, la salle du conseil d'administration, la salle des archives, les bureaux d'admission, de consultation, de l'économat, la loge du portier, le vestiaire des médecins et des ateliers étaient situés au rez-de-chaussée des Quatre Rangs [13] (p 28;30).
- Les appartements des aumôniers étaient dans un bâtiment distinct au nord des Quatre rangs, le long de la rue de l'hôpital [13] (p 33).
- Le chirurgien-major avait un appartement au 1^{er} étage du palais du quai, près de la salle des hommes blessés, et l'aide-major en avait un au 2^e étage, près de la salle des femmes blessées [13] (p 48-50).
- Plusieurs dortoirs de sœurs étaient répartis dans chaque bâtiment.
- L'Eglise de l'Hôtel-Dieu (datant du XVII^e siècle) accueillait aussi le public [13] (p 35).
- L'entrepôt des vêtements des patients et le logement d'employés étaient au rez-de-chaussée du palais du quai, et un dortoir pour les sœurs était situé au 1^{er} étage [13] (p 47;50).
- La cuisine et l'entrepôt général des aliments étaient situés dans un bâtiment perpendiculaire au palais du quai, entre le grand dôme et l'église [13] (p 54).
- Le réfectoire (datant du XVIII^e siècle) était situé dans le bâtiment perpendiculaire au palais du quai au sud du grand dôme. Y prenaient leur repas « *tous les servants de la maison ainsi sur les aumôniers, les chirurgiens et quelques autres employés* » [13] (p 53).
- Des séchoirs étaient situés sous les combles des bâtiments [13] (p 32;51).

Les nouvelles constructions, les améliorations liées à l'hygiène et au confort des patients, et la notoriété de l'Hôtel-Dieu

Les nouvelles constructions

Document 10 : Plan de l'Hôtel-Dieu à la fin du XIXe siècle colorisé à partir du plan de D. Gourdin (Source : Patrimoine Rhône-Alpes) et photographie aérienne



A partir de 1807, les guerres de l'Empire apportèrent de nombreux patients civils et militaires à l'Hôtel-Dieu. Il devint alors urgent de finir la construction de l'Hôtel-Dieu prévue par Soufflot. Mais les finances manquaient : les constructions de trois nouveaux bâtiments ne débutèrent qu'en 1821 [1] (p 204-7) (Document 10) :

- Achèvement de **l'aile septentrionale** de 1821 à 1824 : prolongement nord du palais du quai vers la rue Childebert, avec deux étages pour les patients, un grenier, et au rez-de-chaussée des boutiques. Coût des travaux : 487 102 Fr.
- Construction d'un **bâtiment de raccordement** de 1824 à 1827, entre le grand dôme et l'église (au niveau de la cour des cuisines). Coût des travaux : 139 678 Fr.
- Achèvement de **l'aile méridionale** de 1838 à 1841 : prolongement sud du palais du quai vers la rue de la Barre, après la destruction de 3 maisons à l'angle de la rue de la Barre et du quai de l'hôpital. Coût des travaux : 229 933 Fr.

En 1867, les H.C.L. devinrent propriétaire de tout l'îlot contenu entre la rue Childebert (au nord), la rue de la Barre (au sud), la rue Bourgchanin (Bellecordière) (à l'ouest) et le quai du Rhône (à l'est) [1] (p 210-1).

Lorsqu'on ferma l'école de médecine en 1887, sa façade fut détruite pour élargir la rue de la Barre et commencer ce qui fut appelé "**l'achèvement de l'Hôtel-Dieu**" : la construction des bâtiments – le long de la rue de la Barre et à l'angle de la rue Bourgchanin (Bellecordière) – fut confiée à Paul Pascalon, architecte en chef des Hospices, avec la construction d'un troisième dôme (le "dôme Pascalon") entre 1887 et 1893. Une partie « *des locaux de la rue de la Barre non affectés aux services hospitaliers* » furent louée à l'administration des Postes et Télégraphes [1] (p 212).

Les améliorations pour le confort et l'hygiène des patients

Le chauffage des grandes salles était très difficile. Elles étaient chauffées par « *un grand fourneau allumé toute l'année [...]. On y [ajoutait] pour l'hiver un ou deux poêles de fonte, très grossiers. Ces moyens [étaient] évidemment insuffisants. Aussi les grandes salles [étaient]-elles presque toujours froides* » : en hiver la température pouvait atteindre 3 à 7 °C seulement [13] (p 79). Les petits poêles de fonte permettaient aussi de préparer des remèdes chauds, de chauffer du linge de corps, et engendraient un ersatz de ventilation en attirant l'air confiné par sa cheminée d'appel [8] (p 23).

La ventilation de l'Hôtel-Dieu était très ingénieuse : l'aération des salles étaient réalisée par le grand dôme et le petit dôme comme l'expliquait A. de Polinière en 1853 : les « *miasmes méphitiques étant toujours en ascension, se trouvent incessamment appelés et recueillis dans ces vastes entonnoirs qu'ils parcourent sans y séjourner, traversent les ouvertures toujours béantes du sommet et se dispersent dans [...] l'atmosphère* » [8] (p 16). Mais ce système de ventilation était source de refroidissement des salles pendant l'hiver [8] (p 17).

Afin d'améliorer le chauffage des salles, il y eut quelques améliorations :

- En 1839, on cloisonna les salles sous les voûtes du petit dôme et du grand dôme par des portes vitrées amovibles afin de « *préserver les malades* » de l'air froid des dômes où « *le mercure y descendait-il fréquemment au-dessous de zéro* » [13] (p 79).
- On ferma le système de ventilation des dômes par des fenêtres vitrées mobiles rendant l'aération volontaire et temporaire.
- Les ouvertures des plafonds des salles communes (vers les greniers) furent fermées par des trappes amovibles en 1837-1839 [8] (p 31-2).
- Le chauffage au charbon de bois fut progressivement remplacé par le charbon de pierre, et devint centralisé à la fin du XIXe siècle [4] (p 103).
- Les grandes fenêtres des salles, qui étaient ouvertes tous les matins pour aérer, furent modernisées en 1852 pour permettre uniquement l'ouverture de leur partie supérieure [8] (p 90).

Le nettoyage des salles, réalisé tous les 15 jours, était une source d'inconfort pour les patients et pour l'organisation des soins : les sols carrelés étaient lavés à grande eau (« *dans une salle de cent lits [...], environ 1000 litres d'eau de lessive* »), agitée avec des balais pendant 3 heures jusque sous les lits des patients, projetant de l'eau sur les pansements, et dont l'odeur était infecte ; la salle ne devenait sèche qu'en fin de journée, empêchant ainsi la visite des médecins. Heureusement, à partir de 1837, l'administration écouta les plaintes des médecins et fit parqueter progressivement (1837-1890) toutes les salles afin de les cirer et les frotter [8] (p 33-5).

Pour purifier l'air, on remplaça les fumigations de vinaigre et aromates par « *des fumigations d'acides minéraux d'après la méthode de Guyton de Morveau* » à partir de 1804 [15] (p 446). Des pots de chlorure de chaux furent également placés à côté des patients nauséabonds pour recueillir les odeurs [16] (p 69).

On lutta contre les parasites en éliminant les boiseries et les tapisseries des salles, en lavant les murs à la chaux tous les 5 ans, et les tours de lits tous les 6 mois [16] (p 69).

Initialement, l'eau venait des puits situés dans chaque cours de l'hôpital. L'eau du Rhône s'y infiltrait naturellement puis était acheminée au moyen d'une pompe à bras dans les étages [13] (p 60). L'eau était fraîche même en été et ne gelait pas l'hiver. La quantité alors utilisée était de 7 à 8 mètres cubes par jour [8] (p 29-30).

En 1839, le système de pompage manuel fut mécanisé par une machine à vapeur [16] (p 70), qui engendrait un débit de 2 000 litres par minute. L'eau était stockée dans des réservoirs enterrés : 2 pour la buanderie et les bains, et un autre de 30 mètres cubes pour les salles des patients, la cuisine, les latrines, la pharmacie, etc. [13] (p 60).

Grâce à cela, la consommation en eau fut multipliée par 40, et les réservoirs étaient utilisés en 24 heures [8] (p 29-30). Alors que les patients ne disposaient que de quelques baignoires dans les salles communes, cette innovation permit la création d'un « *établissement complet de bains et de douches de toute nature* » en 1842. Ces bains avaient un usage d'hygiène et un usage médical (l'atmidriatique, médecine par les vapeurs) :

*« Bains domestiques, 35 baignoires ; bains médicaux, 12 ;
bains d'étuve, simple, à la russe, à l'orientale ;
bains de vapeur par encaissement, 4 appareils ;
douches à l'état liquide, à l'état de vapeur,
dans toutes les directions et sous toutes les formes, etc. »*
[13] (p 342-3).

Cependant, ce bâtiment était jugé trop éloigné par J.-P. Pointe : « *Quand un malade auquel les bains sont ordonnés ne peut ni y aller lui-même, ni supporter le transport, l'usage est de les lui faire prendre dans une baignoire placée au pied de son lit [...] dans des passages déjà trop étroits en général, et la malpropreté qu'entraîne cette opération étant deux choses pénibles pour les servants* » [13] (p 426), en plus de la gêne pour les patients.

La construction du promenoir des convalescents en 1844 fut une grande amélioration pour le confort et la guérison des patients. Auparavant, les convalescents n'avaient pas le droit de sortir des salles, ils étaient comme cloîtrés. Pour construire ce promenoir, il fallu démolir 16 maisons de la rue Bourgchanin (Bellecordière)(dont les loyers revenaient à l'hôpital), y faire planter des platanes, et installer une grille en fer du côté de la rue. « *Le promenoir [...] fut divisé en 3 parties par des murs de deux mètres de hauteur ; la première destinée aux convalescents, la deuxième aux convalescentes. Sur ce dernier terrain, on établit aussi des offices et des dépendances pour la cuisine qui en était dépourvue* » [1] (p 209).

J.-B. Monfalcon, membre du conseil de salubrité du département vanta ses bienfaits en 1845 : « *c'est une perte de revenus considérables ; mais on y a gagné ce qui vaut mieux que l'argent, ce que l'argent ne peut pas donner : l'air et le soleil. Cette création d'un promenoir ne borne pas son influence salutaire aux convalescents ; elle l'étend à l'édifice tout entier, aux cours, aux salles de malades, qui seront accessibles, moyennant des arcades et de nombreuses fenêtres, aux rayons du soleil et à la circulation transversale de l'air* » [17] (p 111). En effet, la destruction des 16 maisons permit d'ouvrir des fenêtres sur les murs des salles qui y étaient accolées [8] (p 38;47).

Au cours du XIXe siècle, la dotation de linge et la fréquence de blanchiment augmenta : l'importance de maintenir les patients au propre était gage d'une guérison plus rapide [4] (p 102). Jusqu'au milieu du XIXe siècle, le linge était lavé dans un bateau-lavoir amarré sur les quais du Rhône auquel on accédait directement par une voûte souterraine et un pont [8] (p 126) ; puis fut créée une buanderie avec séchoir en 1862 [16] (p 70). En 1877, la buanderie fut centralisée pour tous les H.C.L. et installée sur un terrain de la Part-Dieu [18] (p 107). A la fin du siècle, A. Lacassagne parla de la délocalisation des blanchisseries hospitalières dans l'est lyonnais : était-ce uniquement pour les linges infectés ? [19] (p 182)

Afin d'améliorer le confort psychologique des patients, les administrateurs décidèrent d'isoler la salle de dissection en faisant construire un amphithéâtre de dissection dans la cour des internes (1835-1836). Ce nouveau local avait l'avantage d'être « *en communication directe avec l'entrepôt des morts* », mais l'inconvénient des odeurs nauséabondes n'était pas réglé pour autant. Auparavant, les salles de dissection se trouvaient au 2^e étage, à côté des salles des patients « *de telle sorte que des fenêtres voisines on voyait les cadavres mutilés par le scalpel des étudiants [...], en macération des débris humain [...] indépendamment du dégoûtant spectacle de ces translations continuelles de cadavres par les escaliers à l'usage des malades* » [8] (p 27-8).

Les salles des Quatre rangs (les plus anciennes de l'Hôtel-Dieu) furent restaurées entre 1833 et 1834. Les murs de l'hôpital, dont les enduits tombaient, furent crépis et badigeonnés entre 1837 et 1839 ; mais en 1852, on enleva ce crépi pour faire apparaître à nouveau les belles pierres de taille passées à la chaux [8] (p 27-8;49-50).

Un grand bénéfice s'ensuivit de la fermeture de la boucherie de l'Hôtel-Dieu en 1838 [1] (p 208). Si proche des patients hospitalisés, elle était un « *foyer d'infection en permanence* » [17] (p 109). Voici comment A. de Polinière (1853) la décrivait :

« [...] les animaux égorgés ou assommés faisaient entendre des bêlements ou des cris plaintifs ! Le sang coulait à flots [...] et s'y mêlait aux liquides infects, aux immondices accumulées ! [...]. Si les habitants des maisons voisines en étaient fortement incommodés, jugez de l'effet qu'en ressentait notre population hospitalière.[...] cette boucherie répandait tout à l'entour une odeur habituellement repoussante et tout-à-fait insupportable pendant les chaleurs d'été [...]. Par les orifices des égouts destinés au service de la boucherie, s'échappaient des gaz chargés de matières animales en putréfaction : le vent du nord, au lieu de purifier l'Hôtel-Dieu, y rabattait des masses d'effluves délétères » [8] (p 35-36).

Ainsi, en 1840, cette partie fut transformée en une galerie au toit vitré appelée le "passage de l'Hôtel-Dieu" : « *les magasins et appartements, loués en totalité, assuraient aux Hospices un revenu de cinquante mille francs [par an] en compensation de la dépense de 407 700 Fr. que la construction avait coûté* » [1] (p 208-9). En 1862, le passage de l'Hôtel-Dieu accueillit aussi une partie du département administratif des H.C.L. (le secrétariat, le bureau des bâtiments, et le bureau des domaines (aussi appelé bureau des Brotteaux) [18] (p 105).

Etienne Destot y installa son premier cabinet privé de radiologie en 1898 [20] (p 418) et Marcel Mérieux son premier laboratoire en 1899.

Ainsi, à la fin du XIXe siècle, l'Hôtel-Dieu était enfin achevé : « *Le plan d'extension définitive, si souvent envisagé depuis le XVIIe siècle, a vu aboutir sa réalisation complète. Désormais sur tout l'îlot compris entre le quai du Rhône, les rues Childebert, de l'Hôpital, Bellecordière et de la Barre, le Grand Hôpital règne majestueusement.* » [1] (p 212).

Document 11 : "Spaziergänger" (les marcheurs) de Winchermann et fils, vers 1850. Lithographie colorée, carton 31x39 cm. Stadgeschichtliches Museum de Leipzig. Numéro d'inventaire : A III/Nr.59.



Description : cette lithographie montre une vue orientée vers le nord-ouest de Lyon depuis la Guillotière (au premier plan), le pont du Rhône qui mène vers la Presqu'île, l'Hôtel-Dieu au bord du Rhône avec son grand dôme et son petit dôme, et le faubourg de la Croix-Rousse en hauteur (au nord de l'Hôtel-Dieu).

La notoriété de l'Hôtel-Dieu

« L'Hôtel-Dieu reçut, au cours du XIXe siècle, la visite de nombreuses personnalités » [1] (p 198).

Des membres de la famille royale vinrent visiter l'hôpital en 1814 : la duchesse douairière d'Orléans, la duchesse d'Angoulême, Monsieur le frère du roi.

Puis il reçut d'autres visiteurs importants : la duchesse de Berri, la princesse Louise-Charlotte de Bourbon et son époux don Francisco, infant d'Espagne (en 1829) ; le duc d'Orléans (en 1831 et 1839) ; le duc d'Aumale (en 1841) ; le duc et la duchesse de Nemours (en 1843) ; le duc et la duchesse d'Aumale (1844) [1] (p 199).

Louis-Napoléon Bonaparte, alors président de la République, visita l'Hôtel-Dieu en 1850, puis en tant qu'Empereur (Napoléon III) avec son épouse l'impératrice Eugénie en 1860. Cette visite fut décrite ainsi par J.-B. Monfalcon :

« Elles [leurs Majestés] visitèrent la salle dite des Quatre-Rangs et la salle du Grand-Dôme, en passant au travers d'une haie que formaient les Frères infirmiers et les Sœurs hospitalières. En apercevant LL.MM., les malades se soulevaient de leurs lits et s'efforçaient de crier aussi : "Vive l'Empereur ! Vive l'impératrice !" . L'Empereur donna la croix de la Légion d'honneur à un des administrateurs de l'hospice, M. Joly, et au docteur Bouchacourt. » [21] (p 53).

Le président de la République Mac-Mahon en 1876, puis le président de la République Sadi Carnot en 1888 rendirent visite à l'établissement. Ce dernier fut assassiné le 24 juin 1894 lors de l'Exposition Internationale de Lyon, alors qu'il devait inaugurer les dernières constructions de l'Hôtel-Dieu [1] (p 200). Les chirurgiens Ollier et Poncet se mirent « *en vedette* » en opérant sans anesthésie le président, sans succès [16] (p 79), dans les salons de la préfecture.

1.3. Par qui et comment étaient soignés les patients ?

En 1853, le service de santé de l'Hôtel-Dieu était composé de « *sept médecins et un professeur de clinique médicale, trois chirurgiens et un professeur de clinique chirurgicale, secondés par vingt élèves internes, un pharmacien, ayant sous ses ordres plusieurs frères et sœurs* » [8] (p 21), qui soignaient environ 15 000 patients par an.

« *Des médecins en chef et de leurs états-majors d'internes et d'externes, qu'en dire sinon qu'ils étaient très bien ; des employés aussi - (l'Eglise dit "serviteurs") - et des malades, sinon que les pauvres gens faisaient de leur mieux pour guérir.* »
Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 2).

Le personnel médical

Comment étaient recrutés les médecins et les chirurgiens ?

Avant l'instauration d'un concours de nomination, les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu étaient recrutés par l'administration : les médecins étaient choisis parmi ceux de la ville « *d'après les bruits de renommée et de réputation* » [5] (p 38) ; les chirurgiens étaient choisis parmi les "compagnons-chirurgiens" de l'Hôtel-Dieu à la suite d'un examen passé devant les médecins et les administrateurs [23] (p 58). Puis, les postes de médecins et de chirurgiens furent attribués sur concours.

En 1788, la création du **concours public de Majorat** de l'Hôtel-Dieu, permit le recrutement des chirurgiens de façon plus impartiale, moins politique, et de meilleure qualité, améliorant ainsi le niveau des chirurgiens. Ce concours de majorat existait déjà dans d'autres grandes villes (« *Paris, Bordeaux, Rouen, Toulouse* ») [24] (p 160). Il se déroulait devant deux médecins, un chirurgien et deux administrateurs, et comportait des épreuves orales (anatomie, physiologie, chirurgie et opérations) et une question écrite médico-

chirurgicale. Une fois admis, le chirurgien passait deux ans à la Faculté de Paris pour obtenir son diplôme (car il n'y avait pas encore de Faculté à Lyon), puis il revenait à Lyon où il prenait le titre de "chirurgien aide-major" à l'Hôtel-Dieu. Au bout de ces 6 années d'aide-major, il devenait "chirurgien-major" pour 6 années encore [13] (p 279-280). Pendant cette période, l'aide-major et le chirurgien-major logeaient à l'Hôtel-Dieu.

En 1794, la chirurgie fut placée au même niveau que la médecine par la création du doctorat de chirurgie.

« *L'excellence [du] mode de recrutement* » des chirurgiens fut telle qu'elle inspira la création d'un **concours public de Médecin** pour le recrutement des médecins en 1811. Les candidats devaient justifier 6 années d'expérience en tant que médecin. Le concours se déroulait devant 4 membres de la société de médecine, 4 professeurs de l'école de médecine, et 4 médecins des hôpitaux, et comportait 4 épreuves (anatomie et physiologie, pathologie, hygiène et thérapeutique, et clinique). Le concours était à huis clos, pour éviter aux candidats non reçus la perte de leur clientèle privée [25] (p 308). Le lauréat était alors « *nommé pour 10 ans, et logeait en ville* » [16] (p 67).

Cependant, malgré cette équivalence entre médecine et chirurgie, la rémunération annuelle des chirurgiens resta inférieure (1 200 Fr pour les médecins, et 600 Fr pour les chirurgiens), sous prétexte qu'ils étaient logés et nourris par l'hôpital [13] (p 283).

Le statut de chirurgien major évolua au cours du siècle : au lieu de finir son majorat au bout de 6 ans, le chirurgien-major passait "chirurgien-chef" (poste nouvellement créé) pendant encore 6 années [26] (p 67), soit 18 ans au service de l'hôpital après le concours. Ce statut prit une telle valeur que le chirurgien-major « *devint une sorte de sur-médecin qui était appelé dans les cas graves quels qu'ils fussent* » [25] (p 332).

Parallèlement, pour attirer plus de médecins au concours du Médecin [13] (p 233), le nombre d'années d'expérience nécessaires pour se présenter fut progressivement réduit en 1840 puis en 1859 où seulement une année d'internat à l'Hôtel-Dieu était nécessaire, et deux années pour les autres médecins [25] (p 309). Cette diminution était critiquée par J.-P. Pointe, car elle entraînait évidemment un manque d'expérience pour s'occuper d'un « *service d'une centaine de malades* » [13] (p 234). Peut-être pour la même raison (attirer plus de médecins), la rémunération annuelle augmenta à 2 000 Fr en 1866 [25] (p 309).

Néanmoins, malgré le concours de Majorat, le doctorat, et le titre prestigieux, le chirurgiens-major était soumis à des règles strictes : il devait rester célibataire jusqu'à la fin de son Majorat ; il était autorisé à sortir de l'hôpital à certaines heures seulement (de 13h à 16h et de 19h à 22h) ; et devait obligatoirement loger à l'hôpital, sans jamais découcher [25] (p 331).

Cette condition de vie monacale évolua à la fin du XIXe siècle, avec la fin du célibat pendant le majorat (1879), le logement autorisé en ville (1885), et l'augmentation de son salaire au même niveau que les médecins (soit 2 000 Fr par an) [16] (p 67).

Suite à la création de la Faculté de Médecine en 1877, l'organisation de l'enseignement des médecins et des chirurgiens changea et l'on se posa la question de la suppression du concours du Majorat et du Médicat. Malgré de nombreuses contestations, le dernier concours de Majorat eut lieu en 1892, avec la nomination de Mathieu Jaboulay (1860-1913). Il fut remplacé par un concours unique de chirurgie et de médecine des H.C.L. en 1895, donnant le titre de médecin ou chirurgien "des hôpitaux de Lyon" [23] (p 65-6). Le candidat reçu était alors affecté à un poste dans l'un des quatre hôpitaux lyonnais (Hôtel-Dieu, Charité, Antiquaille et Croix-Rousse) en fonction des besoins.

(Liste des médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu en Annexe 1 et Annexe 2)

Comment étaient pris en charge les patients ?

Avant que médecine et chirurgie ne soit réunies en une seule science, le chirurgien était considéré comme inférieur. Il devait suivre la visite que le médecin faisait « [...] avec une sorte d'apparat », assisté par une dizaine de personnes : le chirurgien principal, un pharmacien, les élèves internes, la sœur cheftaine de la division, et quelques chirurgiens.

Du moment où la chirurgie fut revalorisée au même niveau que la médecine, chaque chirurgien et médecin fit sa propre visite de ses patients avec ses étudiants. Cependant, la visite du soir resta attribuée au chirurgien-major, qui la confia petit à petit à son aide-major puis au doyen des internes, jusqu'à ce que personne ne la fasse malgré le règlement. En cas de besoin, un élève interne était appelé par les sœurs si elle le jugeait nécessaire [13] (p 145).

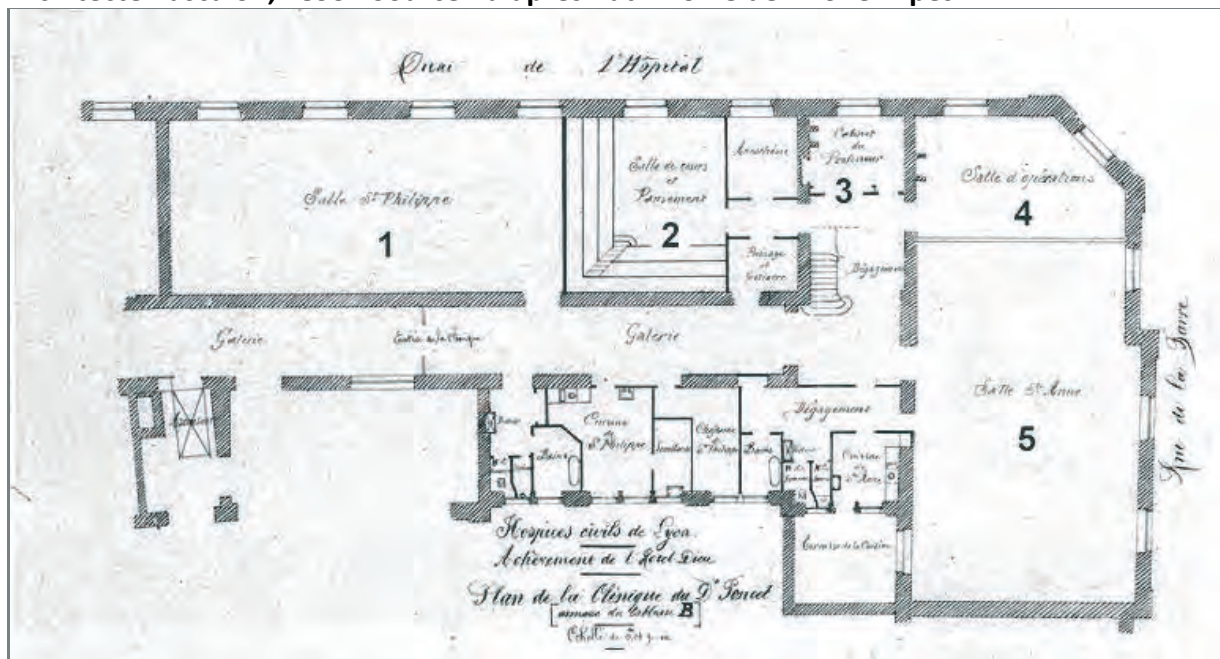
Le règlement stipulait que chaque patient devait être soigné individuellement par le même médecin : « *le zèle et le talent du remplaçant ne peuvent suppléer à la connaissance acquise et si importante de l'individu et de sa maladie, car la seule inquiétude que ce changement peut donner au malade est un inconvénient fâcheux [...], la confiance [étant le] premier moyen de la guérison* » Archives des H.C.L., délibérations (vol.1, 5 germinal an X) [9] (p 89).

Dans la réalité, les 600 patients de médecine ("fiévreux") étaient pris en charge par 6 médecins seulement. Chaque salle avait un médecin attribué. La visite ne durant qu'une heure, le médecin ne dispensait pas de réels soins individuels aux patients, car il n'avait en moyenne que 30 secondes à accorder à chaque patient. Ainsi, les soins étaient laissés à la charge des internes et des sœurs hospitalières [9] (p 89). Pour la visite, les médecins portaient « *robe noire et toque, qui ne [furent] supprimées qu'en 1866* » [16] (p 67). La visite était quotidienne de 8 heure à 9 heure du matin, et renouvelée à 16 heures pour « *les malades graves et les nouveaux* » [25] (p 309).

En 1840, les patients eurent un médecin de plus (soit 7 médecins au total pour plus de 500 patients) [25] (p 309).

Chaque patient disposait d'un écriteau avec un numéro accroché au bout de son lit, sur lequel était inscrite sa fiche d'état civil. Dans son service, J.-P. Pointe y fit rajouter l'inscription de « *ses symptômes essentiels, ainsi que les principaux moyens de traitement employés* » de façon à ce que les étudiants et les sœurs soient informés de ces éléments en cas de besoin. Cependant, il prenait la précaution que « *ces quelques mots ne puissent pas devenir un sujet d'inquiétude pour le malade* » [13] (p 69).

Document 12 : Plan de la clinique chirurgicale du Professeur A. Poncet, rez-de-chaussée. Architecte Pascalon, 1893. Source : d'après Patrimoine de Rhône-Alpes.



- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 1 - Salle Saint-Philippe | 2 - Salle de cours et pansements | 3 - Cabinet du Professeur |
| 4 - Salle d'opérations | 5 - Salle Sainte-Anne | |

Parallèlement dans les services de chirurgie (Document 12), les 400 blessés étaient pris en charge par le chirurgien-major et son aide-major. Les journées étaient chargées : « Suivi des élèves internes, il [le chirurgien major] se rendait à six heures du matin dans les salles de chirurgie pour présider aux pansements. A sept, il faisait les opérations [...]. A huit heures, accompagné de la sœur-maîtresse, d'un interne et d'un frère de la pharmacie, il procédait à la visite médicale des mêmes malades ; à trois, il assistait aux pansements du soir, et plus tard il faisait la visite générale de tous les malades de la maison » [13] (p 281). De plus, le chirurgien major était chargé de la surveillance des 17 internes de chirurgie et de médecine, et de leur dispenser des cours d'anatomie et de chirurgie [25] (p 331).

Devant l'augmentation de la population de patients, un deuxième poste d'aide-major fut créé en 1832, ainsi qu'un quatrième service de chirurgie en 1848 [25] (p 331).

Néanmoins, la charge de travail restait très intense, comme le décrit Destot en 1892 :

« [...] les deux chirurgiens sont obligés d'opérer d'une façon effrayante pour satisfaire aux desiderata du service, et l'on voit passer dans la même matinée, à côté d'une ostéomyélite et d'un phlegmon diffus, une taille hypogastrique, ou une laparotomie, ou une trépanation ; le personnel, internes, externes, infirmiers doivent se multiplier, pour faire les pansements et aider le chirurgien dans ses opérations [...]. Un service de 156 malades à voir et à examiner constitue à l'époque où nous sommes, avec les exigences de la méthode antiseptique, la diversité et la multiplicité opératoires modernes, un labeur surhumain et la moindre faute, le moindre écart prend tout de suite une importance énorme et un retentissement considérable. » [27] (p 77-8).

La visite des médecins semblait être très brève pour chaque patient qui était interrogé et examiné devant un auditoire composé de plusieurs élèves. Ce cérémonial inspirait une certaine crainte des patients (surtout de la part des femmes face à des médecins hommes). Pourtant, d'après J.-P. Pointe, il existait à l'Hôtel-Dieu une petite pièce permettant aux médecins de « visiter et interroger isolément certains malades » [13] (p 32).

Pour certains patients, l'hôpital faisait peur ; pour d'autres, être hospitalisé signifiait une guérison plus rapide et moins coûteuse qu'en ville. En l'absence de code de déontologie, les médecins n'apprenaient pas l'empathie, voire étaient poussés à garder « une certaine distance envers la compassion ». Les patients n'étaient pas considérés comme acteur de leur maladie, et il n'y avait pas de réel dialogue entre médecin et patient. Pourtant, la mentalité de ces derniers changeait : la souffrance physique du corps devint de plus en plus intolérables, et la notion de souffrance morale apparut [28] (p 257-60).

« Chut... je crois que le voilà... il ne faut pas parler pendant qu'il fait sa visite. »

Sue E., « Les mystères de Paris », 1842-1843 [29] (p 174).

« Le "sujet" avait à répondre aux interrogatoires souvent les plus pénibles, les plus douloureux ; et cela non pas seul avec le médecin, qui, comme le prêtre, remplit un sacerdoce et a le droit de tout savoir ; non, il lui fallait répondre, à voix haute, devant une foule avide et curieuse [...], obligé d'abjurer tout sentiment de pudeur ou de honte. »

Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 166).

« J'ai assez pleuré la première fois, je mourais de honte... Je résistais, on m'a menacé de me renvoyer... Il a bien fallu me décider ; mais cela m'a fait une telle révolution, que j'ai été plus malade... Jugez donc... presque nue... devant tant de monde... c'est bien pénible. »

Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 176).

« A l'hôpital, il se serait remis sur pied deux fois plus vite. [...] Surtout, ils n'avaient pas à compter sur la famille, qui n'était pas assez riche, pour entretenir un malade chez lui. »

Zola E., « *l'Assommoir* », 1876-1877 [30] (p 149).

« La vue et la parole du médecin ont approché l'espérance de chaque lit, la main habile et douce de l'interne a donné à la souffrance le soulagement de la bande nouvelle et de l'onguent frais. La consolation a touché les corps comme les âmes [...] ; les visages s'apaisent et sourient, à demi ressuscités, avec un air de confiance, de calme [...] ».

Goncourt E. de et Goncourt J. de, « *Sœur Philomène* », 1861 [31] (p 128-9).

Les patients étaient aussi pris en charge par les internes. Le terme d'« interne » remplaça celui d'« élève en chirurgie » en 1821, lorsqu'on décida leur affectation en service de médecine pendant un an sur les trois ans que durait leur formation. Ils étaient recrutés sur concours, qui fut centralisé en 1825 pour les deux hôpitaux de Lyon, d'où le terme « interne des hôpitaux » [26] (p 87). Ce concours n'était ouvert qu'aux hommes jusqu'à la fin du XIXe siècle.

Les internes de médecine « *participaient à la surveillance des salles de malades, à la distribution des médicaments et des régimes, et rédigeaient les observations médicales* ». Ceux de chirurgie « *préparaient les liniments, appliquaient les vésicatoires* », et confectionnaient parfois les pansements sous la surveillance du Major [26] (p 86-7).

Il y avait 20 internes à l'Hôtel-Dieu en 1850 (contre 4 à l'Antiquaille et 3 à la Charité). La durée de l'internat passa de 3 ans à 4 ans en 1878, avec une rétribution d'environ 850 francs par an. Ils étaient logés à l'Hôtel-Dieu dans un immeuble de la rue Bourgchanin (Bellecordière), appelé "le tiercelet" : il s'agissait d'un dortoir « *malpropre et délabré* », qui

fut restauré en chambres individuelles en 1843. Ils restèrent dans cette maison vétuste jusqu'en 1887 puis ils furent transférés au sein même de l'hôpital, étant donné le bruit qu'ils faisaient pour le voisinage [26] (p 87-8). Les internes obéissaient à des règles de vie très strictes dictées dans le règlement de l'Hôtel-Dieu de 1819 :« *Ils seront levés tous les jours, du 1^{er} avril au 1^{er} octobre, à cinq heures du matin, et à six heures, le reste de l'année ; ils seront retirés dans leurs dortoirs à neuf heures du soir en toutes saisons. Lesdits [sic] Elèves ne pourront s'absenter de l'Hôtel-Dieu, sans une permission par écrit du Chirurgien en chef, qu'ils présenteront avant la sortie au Contrôleur-économiste, et ils seront toujours rentrés aux heures de leur service* » [11] (p 23).

« *Tous les docteurs avec leurs nuances, gentils et plus pour la plupart. Les élèves, pas tous. Pour la majorité qui est aimable, informée, suffisamment attentive, il y en a d'affreux, d'abominables, vraiment ! Poseurs et grossiers, traitant le malade en véritable prisonnier, en forçat, du haut de leur col cassé et de leur cravate claire à bijou faux, inhumains tout à fait et "insolents" [...]. Mais, empressons-nous de le dire, [...] ces gens-là ne forment qu'une infirme exception, infime dans les deux sens du terme. »*

Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 24-5).

Comment était formé le personnel médical ?

Avant 1821, il n'y avait à Lyon qu'un enseignement chirurgical, professé par le chirurgien-Major à l'Hôtel-Dieu, car la Révolution avait supprimé l'institution précédente. Certains majors excellèrent, d'autres moins. Par ailleurs, la formation médicale et thérapeutique était aléatoire et mal organisée [23] (p 71).

En 1821, le Conseil Royal d'Instruction Publique créa l'**Ecole Secondaire de Médecine** de Lyon. L'organisation et le financement était à la charge des H.C.L. et le nombre d'étudiants augmenta fortement entre 1821 et 1838 [32] (p 94) : les cours étaient dispensés à l'Hôtel-Dieu et à la Charité « *dans des locaux étroits et mal agencés* » [23] (p 73), dans la salle de dissection pour l'anatomie, et au lit du patient pour la clinique et la physiologie. C'était le début de l'« hospitalo-universitaire ». Mais étant donné le nombre d'étudiants, soit les patients étaient beaucoup sollicités, soit les étudiants mal formés [32] (p 94).

L'enseignement était aux frais des H.C.L., mais les administrateurs ne voulurent pas payer la construction d'un nouveau bâtiment spécialement dédié à l'enseignement. La municipalité proposa alors de payer (16 000 Fr.) la location des locaux de la nouvelle **Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie** en échange de sa construction aux frais des H.C.L. Ainsi le bâtiment fut construit entre 1842 et 1847 [1] (p 210), à l'angle de la rue de la Barre et du quai, sur deux étages, et comportait « *deux amphithéâtres et un laboratoire de chimie* » [23] (p 73).

Il n'y avait donc pas de différences entre l'école secondaire et l'école préparatoire hormis les locaux et le nombre de chaires d'enseignement. Parmi les professeurs, on peut citer sans exhaustivité : Janson, Pointe, Mountain, Gensoul, Bajard, Bonnet, Imbert, Dupasquier, Lortet, Devay, Senac, Barrier, Valette, Pétrequin, Bouchcourt, Crachet,... [32] (p 93), [33] (p 97).

Cependant, l'école de médecine était une source de nuisances au sein de l'hôpital : d'une part à cause des odeurs des salles de dissections et du laboratoire d'anatomie des chirurgiens ; d'autre part à cause de la place qu'elle prenait quand il en manquait pour accueillir plus de patients, et que le courant hygiéniste poussait à diminuer le nombre de patients par salle [8] (p 98;p102). Il en fut de même à l'hospice de la Charité où la création de l'école de clinique obstétricale de l'Ecole de médecine fut instaurée au milieu du XIXe siècle, à la place du bâtiment de l'hôpital des enfants nouvellement restauré [8] (p 152-4).

La thèse de doctorat devait être présentée dans une Faculté de médecine. Cela obligeait les étudiants lyonnais à s'inscrire à la Faculté de Paris, Montpellier ou Strasbourg [32] (p 97-9) puisque Lyon n'en possédait pas.

C'est pourquoi les lyonnais réclamaient haut et fort une Faculté de médecine (la Faculté des Sciences de Lyon fut créée en 1835, et celle des Lettres en 1838). Mais pour une raison inconnue (par jalousie des écoles rivales ?), l'autorité gouvernementale ne voulut pas de Faculté de Médecine à Lyon [33] (p 96). Le chirurgien-major J.-P. Pierre Pétrequin (1810-1876) œuvra en ce sens dès 1860 contre la réticence administrative parisienne. En 1874, Paul Bert (1833-1886), médecin, scientifique, élève de Claude Bernard, et ministre de l'Instruction Publique, créa, par le décret de 1877, la **Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon**. Le médecin lyonnais Louis Lortet (1836-1909) en fut le doyen pendant près de 30 ans [23] (p 73-4).

Les locaux de l'école préparatoire menaçaient de ruine et devinrent bientôt trop exigus face à l'afflux d'étudiants attirés par cette nouvelle Faculté. L'enseignement fut alors transféré dans le **Palais de l'Université** sur la rive gauche du Rhône (au sud-est de l'Hôtel-Dieu) à partir de 1883 [34] (p 102).

A partir de 1889, les étudiants de l'Ecole du Service de Santé Militaire vinrent grossir les rangs. Ceux-ci avaient été répartis, en dépit de cause, dans les autres universités suite à la perte de l'Alsace et de sa Faculté de Strasbourg en 1870 [34] (p 104).

Parallèlement, les médecins lyonnais collaboraient « *à la vie scientifique par l'adhésion aux sociétés de médecine* » [9] (p 87), et « *devaient également faire chaque année, en séance publique, un bilan de leur activité et des "maladies régnantes" qu'ils avaient eu à soigner.* » [16] (p 97). Selon J.-P. Pétrequin (1845), « *L'usage des comptes-rendus dans les hôpitaux se recommande à plus d'un titre ; et s'il laisse quelque regret, c'est qu'il ne soit pas d'une application plus générale parmi les chefs de service* » [24] (p 197-8).

Le personnel non médical

Document 13 de synthèse : Composition du personnel non médical de l'Hôtel-Dieu en 1802 et 1900. Source : d'après A. Croze. « Histoire administrative et topographique de l'Hôtel-Dieu » 1924 [1] (p 215).

	Professions	En 1802	En 1900
Personnel interne logé dans l'hôpital	Sœurs (et prétendantes)	154	237
	Frères (et prétendants)	73 (dont 4 à l'économat)	20 (frères uniquement)
	Aumôniers	5	4
	Econome	1	1
Personnel externe	Servants	-	73
	Infirmiers	-	22
	Employés de bureau	-	8
	Archiviste	1	Intégrés aux services généraux des H.C.L.
	Architecte	1	
	Tailleur	1	
	Meunier	2	
	Boulangier	2	
Portier	1	?	
Suisse	1	?	
TOTAL		242	365

Selon le Document 13, le nombre de servants de l'Hôtel-Dieu (sœurs, frères et quelques domestiques) était d'environ 250 au début du siècle. Il augmenta rapidement pour atteindre 400 en 1830 [9] (p 32). Puis ce chiffre diminua progressivement avec l'arrivée d'un personnel externe salarié.

Les aumôniers

Avant le XIXe siècle, le patient qui entraît à l'Hôtel-Dieu devait se confesser à l'aumônier avant de recevoir la communion [1] (p 162). Or cet usage n'est pas mentionné dans les écrits du XIXe siècle.

La renaissance catholique du début du XIXe siècle – faisant suite à la Révolution anticléricale de 1789 – se fit par l'instauration en juillet 1802 d'un règlement concernant les aumôniers : au nombre de 5 au début du XIXe siècle, les aumôniers étaient nommés par l'Archevêque de Lyon ; leur rôle était « *d'administrer les sacrements aux malades et au personnel* » [16] (p 167) ; « *chaque lit de patient [portait] un carton mentionnant le service religieux qui lui [était] dû : CFN pour confession, INST pour catéchisme, EO pour extrême onction. Il s'agit donc d'un quadrillage beaucoup plus perfectionné que le quadrillage médical* » [9] (p 23) ; de plus, ils célébraient la messe tous les jours dans chacun des 3 lieux de cultes de l'hôpital : l'Eglise, la chapelle du petit dôme et la chapelle du grand dôme [13] (p 49) ; les patients pouvaient ainsi entendre la messe « *sans sortie de leur lit* » [13] (p 28;30-1;49) ; un des aumôniers, le Maître spirituel, était chargé de la « *surveillance générale des fonctions ecclésiastiques de la maison, de la conduite et de l'instruction de tous ceux qui [étaient] destinés au service des malades* » [13] (p 95).

Selon O. Faure (1981), « *ostentatoire ou subtile, la religion [n'était] qu'un instrument de moralisation ; le but [était] à l'évidence social* » [9] (p 24).

Le nombre d'aumôniers fut réduit lors du changement administratif de 1830 afin de diminuer l'emprise religieuse sur le personnel. Cette organisation semi-laïque semi religieuse créait une certaine tension entre les administrateurs et le premier aumônier. Ce dernier, en la personne de l'Abbé Gabriel, réclama une totale autorité sur les sœurs hospitalières. Celles qui souhaitaient un chef spirituel se révoltèrent contre l'administration en 1834. "L'affaire Gabriel" entraîna le renvoi de l'abbé Gabriel et de quelques sœurs : ils fondèrent ensemble la communauté religieuse des Sœurs garde-malades de Bon-Secours [1] (p 190-4).

Les sœurs hospitalières

Document 14 : « *Une sœur de l'Hôtel-Dieu. 1824. Tableau de J. Keller* ». Musée des Hospices Civils de Lyon. Source : A. Bouchet. « *La médecine à Lyon des origines à nos jours* », 1987 [37]



Tous les hôpitaux de France avaient des sœurs hospitalières pour s'occuper de l'intendance et des soins des patients. Les ordres religieux hospitaliers, qui avaient été abolis pendant la Révolution, furent rétablis en 1801 ; et Maria Letizia Bonaparte, mère de Napoléon I^{er} devint protectrice des sœurs hospitalières [35] (p 17).

Les sœurs hospitalières des Hospices Civils de Lyon avaient la particularité de n'appartenir à aucune congrégation ou ordre religieux, formant « *une sorte de communauté libre. [...] Elles ne [prononçaient] pas de vœux, [restaient] libres de se retirer si elles le [désiraient], l'administration se réservant de son côté le droit de les congédier en cas de relâchement dans leur service ou de fautes graves. Mais, en fait, sorties volontaires ou renvois [étaient] extrêmement rares* » [1] (p 216). Elles conservaient leur propre nom, et gardaient la propriété de leurs biens [35] (p 33).

Les sœurs étaient recrutées par l'administration, qui avait toute autorité sur elles, et travaillaient sous la surveillance du premier aumônier. "Novices" puis "prétendantes", elles devenaient "sœurs hospitalières" – au bout de 10 à 15 ans – en recevant une croix d'argent « *ornée de la Pietà, emblème de l'Hôtel-Dieu* » lors de la cérémonie de la croisure . Elles portaient « *une robe noire avec bavette blanche et coiffe blanche à cornette* » et leur croix d'argent épinglée à la poitrine [16] (p 69) (Document 14).

Au service des fiévreux, il y avait « *une sœur pour dix malades ; [...] dans la salle de malades blessés, [...] une sœur pour 15 malades* ». La nuit, « *une veilleuse [était] choisie parmi les plus jeunes sœurs* » pour surveiller 100 malades. La plus ancienne était nommée "sœur cheftaine" ou "sœur maîtresse" : elle suivait « *le médecin dans sa visite du matin* », lui faisant le rapport de l'état de chaque patient [5] (p 45-6), et devait surveiller le travail des sœurs.

Le rôle des sœurs auprès des patients était bien défini en fonction de leurs attributions [35] (p 11-3) :

L'accueil d'un nouveau patient hospitalisé était fait par une sœur : elle réalisait l'inventaire de ses effets personnels, lui remettait chemise, robe de chambre, bonnet et bas, avant de l'installer dans un lit. La distribution du repas se faisait sous la surveillance de l'interne, car chaque patient avait un régime particulier prescrit par le médecin. Les repas étaient confectionnés en cuisine par cinq sœurs, sous la surveillance de la sœur cheftaine. Les remèdes étaient préparés et distribués – selon la prescription du médecin, et sous la

surveillance de la sœur cheftaine – par les sœurs de la pharmacie. Celles-ci devaient savoir lire et écrire car elles suivaient la visite quotidienne du médecin. Les sœurs étaient responsables de la "propreté" des salles (balayage au moins deux fois par jour et lavage tous les 15 jours), de la lingerie, et de la buanderie.

Les soins techniques (pansements, cautères, etc.) étaient réalisés par l'interne et non par les sœurs.

Les sœurs hospitalières percevaient une faible rétribution « *de 40 francs par an* » [16] (p 69), compensée par le droit « *d'être nourries et entretenus pendant toute leur vie aux frais de l'hôpital* » [1] (p 62).

Selon le règlement de l'Hôtel-Dieu en 1819, les sœurs hospitalières n'avaient pas le droit de sortir de l'hôpital sans autorisation, et ne disposaient que de « *trois jours consécutifs de congé, cinq fois par an, [pendant lesquels] elles ne pourront [...] découcher de la maison* » [11] (p 22-3).

Les médecins et chirurgiens de l'époque critiquaient parfois les sœurs hospitalières, ou du moins l'organisation de leur service :

M. Trolliet conseilla en 1823 qu'il serait plus exact que la distribution des traitements soit faite par « *une sœur intelligente, qui en serait spécialement chargée* » plutôt que par la sœur cheftaine déjà fort occupée ailleurs [36] (p 18).

J.-P. Pointe pensait en 1842 que les veilleuses de nuit étaient en nombre insuffisant et que leur inexpérience liée à leur jeune âge rendait leur travail non « *convenable* » [13] (p 101).

En 1892, E. Destot critiqua l'absence de formation, hormis « *des cours lorsqu'elles [étaient] jeunes* » ; or les plus âgées étant mises au service des patients, il était difficile de leur faire changer « *des habitudes invétérées* » [27] (p 26) ; leur rapports concernant les patients étaient « *toujours des à-peu-près* » [27] (p 77).

Fort de cela, l'école d'infirmière de la Charité fut créée en 1899 suite aux vœux du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, et donnait droit à un certificat d'aptitude professionnel après 11 mois d'étude théorique et pratique [35] (p 21). Cette école était ouverte uniquement aux femmes.

« [...] La sœur Philomène croyait que la souffrance ne pourrait résister à ses soins, à sa vigilance, à la prévenance de ses attentions, [...] à la volonté de tout son être. Elle espérait faire des miracles en donnant sa vie aux malades, en veillant jusque sur leur sommeil, en rapportait leur état au médecin, [...] en vérifiant et en leur donnant les médicaments elle-même [...]. La mort ne viendrait pas chercher la vie entre ses bras ! C'était là un rêve dont le temps et la réalité lui montraient la vanité. La sœur reconnut que la vie et la mort ne sont pas dans des mains humaines. [...] sa mission lui apparut plus humbles et plus modeste, bornée à l'allègement et au soulagement des souffrances humaines. [...] La maladie, la mort, lui étaient devenues accoutumées, et n'avaient plus rien qui fit défaillir son regard, faiblir sa main, reculer son cœur. Tout ce qui lui restait de la femme, elle le sentit tout à coup vaincu et dompté au fond d'elle par la sœur. »
Goncourt E. de et Goncourt J. de, « *Sœur Philomène* », 1861 [31] (p 134-6).

Les frères hospitaliers

Le recrutement des frères hospitaliers répondait aux mêmes conditions que celui des sœurs : recrutés par l'administration, les frères étaient "prétendants" pendant plusieurs années, puis devenaient "frères croisés" lors de la même cérémonie de la croisure et recevaient une plaque en argent. Cependant, leurs motivation était moindre, d'où une durée d'exercice plus courte. Ils portaient « *l'habit français, avec pantalon noir et chapeau rond* ». Ils conservaient « *le droit d'abandonner leur titre de Frère et de rejoindre la vie publique* » [16] (p 69).

Ils étaient employés pour des travaux de force dans des ateliers de tous types : taillerie, buanderie, charpenterie, menuiserie, serrurerie, matelasserie, etc. [16] (p 69). Leurs conditions de travail étaient dures, notamment pour les prétendants qui devaient être « *éprouvés avant de les admettre* » frères croisés. Certains, plus instruits, étaient chargés de la surveillance des domaines ruraux appartenant aux H.C.L., ou employés à l'économat ou aux archives [35] (p 76-7).

Pour cela, les frères percevaient une rétribution annuelle de 100 Francs, soit plus du double que celle des sœurs [13] (p 100).

Les frères hospitaliers étaient bien moins nombreux que les sœurs, et malgré un pic au milieu du siècle, leur nombre ne fit que diminuer (Document 13). La dernière cérémonie de la croisure pour les frères eut lieu en 1899 [35] (p 78).

2. LE QUOTIDIEN DES PATIENTS À L'HOTEL-DIEU

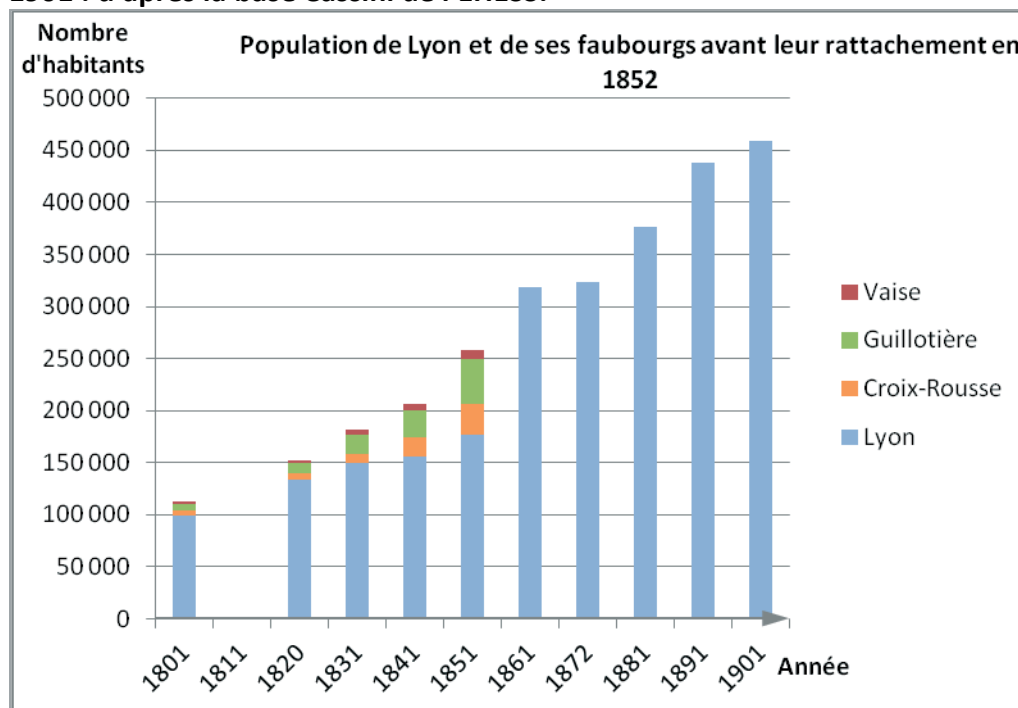
2.1. Qui étaient les patients et de quoi souffraient-ils ?

Face à l'augmentation du nombre de patients à Lyon, l'administration des H.C.L. amorça la spécialisation des hôpitaux dès le début du XIXe siècle : l'Hôtel-Dieu fut réservé aux adultes, blessés et fiévreux, cherchant ainsi à devenir avant tout un établissement médico-chirurgical de soins (et non plus un asile pour les pauvres). En outre, sa spécificité résidait dans un recrutement élargi aux patients des autres communes et départements. Malgré une durée de séjour relativement stable, le taux de mortalité des patients augmenta progressivement.

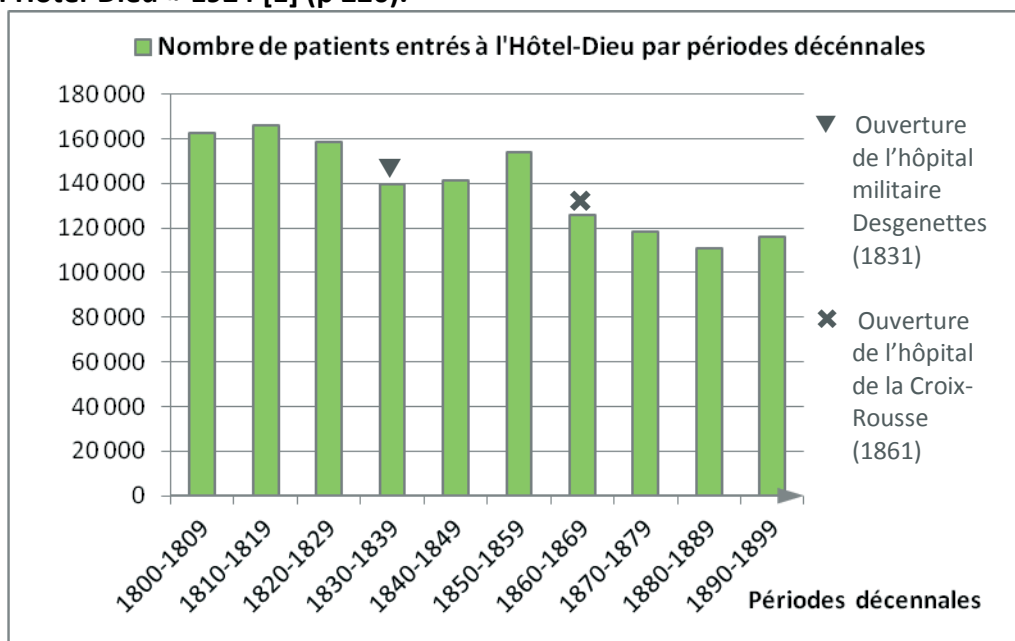
Leur démographie

Evolution du nombre de patients à l'Hôtel-Dieu et aux H.CL.

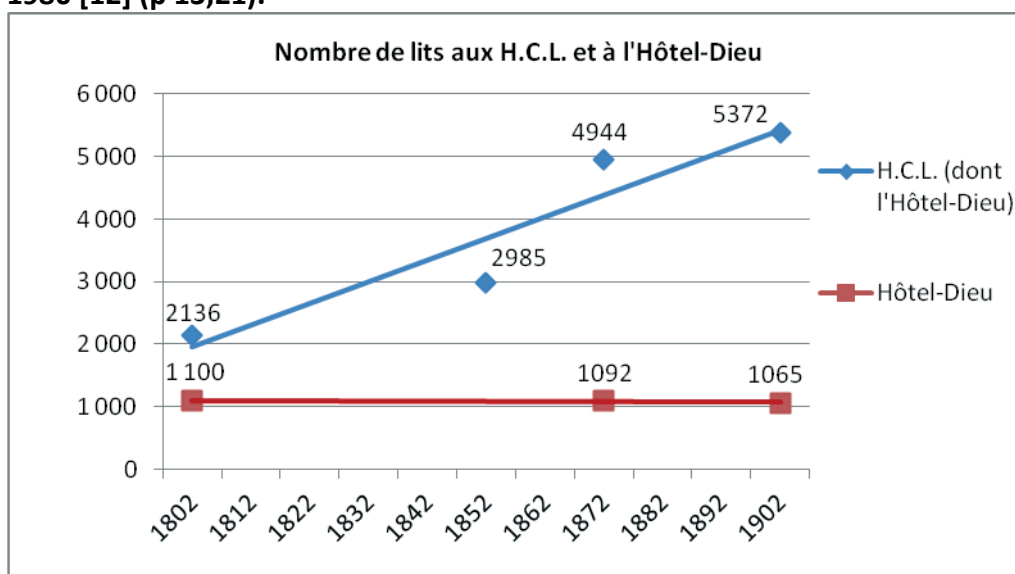
Document 15 de synthèse : Population de Lyon et de ses faubourgs. Source pour les années 1801 à 1861 : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 14). Source pour les années 1861 à 1901 : d'après la base Cassini de l'EHESS.



Document 16 de synthèse : Nombre de patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu par périodes décennales. Source : d'après A. Croze. « Histoire administrative et topographique de l'Hôtel-Dieu » 1924 [1] (p 220).



Document 17 de synthèse : Nombre de lits aux H.C.L. et à l'Hôtel-Dieu. Source pour les H.C.L. : d'après J. Rodery, 1953 [10] (p 64). Source pour l'Hôtel-Dieu : d'après M. Garden, 1980 [12] (p 13;21).



La population lyonnaise augmenta fortement au cours du XIXe siècle (révolution industrielle et exode rural). Elle fut multipliée par 5, passant de 90 000 habitants en 1800, à 460 000 en 1901 (Document 15). Or le nombre de patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu variait en fonction de la population de la ville. Il fallait donc s'attendre à une augmentation identique. D'après le Document 16, il n'en fut pas ainsi : la surpopulation dans les salles des patients était bien là, mais elle n'augmenta pas au cours du siècle, car l'Hôtel-Dieu se spécialisa envers les adultes blessés et fiévreux. Ainsi, au milieu du XIXe siècle, l'Hôtel-Dieu accueillait « *un peu plus de 60% des malades hospitalisés à Lyon* », alors qu'à la fin du siècle, il n'en accueillait plus que 40%, même s'il recevait toujours autant de patients [38] (p 54;56). Les autres catégories de patients furent progressivement orientés dans d'autres hospices, asiles ou hôpitaux des H.C.L. [13] (p 124) (Document 17).

L'hospice de la Charité possédait environ 1000 lits « *pour tous les genres d'assistance qui [était] dans ses attributions* » [21] (p 36) : les enfants trouvés, abandonnés ou malades, les femmes enceintes non lyonnaises, les incurables et les vieillards de plus de 70 ans, les parents infirmes des frères et sœurs hospitaliers [8] (p 120-1).

Les orphelins et les enfants trouvés de moins de 7 ans, étaient auparavant accueillis à l'Hôtel-Dieu puis transférés à l'âge de 8 ans à l'hôpital de la Charité. Mais selon A. de Polinière (1842), l'Hôtel-Dieu n'était pas adapté : « *Les enfants trouvent des lits trop élevés dans lesquels ils sont exposés à des chutes aussi dangereuses que faciles ; que les moindres erreurs dans la distribution des médicaments peuvent avoir des suites très graves, [...] et qu'enfin, les infirmiers, peu habitués à les soigner ne le font point d'une manière convenable* » [13] (p 126). Or « *la charge des orphelins et des enfants exposés devenait tellement onéreuse pour l'Hôtel-Dieu* » [24] (p 156), que le Roi décréta qu'à partir de 1783, « *l'hôpital de la Charité de la ville de Lyon sera tenu de recevoir les enfans [sic] exposés ou abandonnés, et les enfans [sic] orphelins au lieu de l'Hôtel-Dieu de la même ville, qui sera uniquement consacré au service des malades.* » [6] (p 305). Ces enfants de l'hospice de la Charité étaient placés dès que possible à la campagne. Mais même à la Charité, le nombre de lits était insuffisant [9] (p 47). Alors que Paris fut doté du premier hôpital pédiatrique d'Europe en 1802 (l'hôpital Necker), il fallut attendre 1920 pour voir le premier hôpital pédiatrique à Lyon (l'hôpital Debrousse).

A partir de 1802-1805, **l'hospice de l'Antiquaille** se spécialisa dans l'accueil des patients vénériens (syphilitiques en majorité), galeux, incurables, et aliénés-épileptiques.

Il y avait « *environ 150 lits pour les vénériens, dont 30 pour les hommes et 100 pour les femmes* ». Les aliénés et les épileptiques étaient logés à part, et dans des cabanons pour les « *fous furieux* ». Sept cents aliénés étaient accueillis chaque année [21] (p 36).

La construction de **l'hôpital militaire Desgenettes** en 1831 (et son agrandissement en 1836) libéra un grand nombre de lits qu'occupaient les militaires à l'Hôtel-Dieu. L'hôpital militaire fut construit sur la rive droite du Rhône, au sud de l'hospice de la Charité [1] (p 219).

Malgré ces 3 établissements, on arrivait « *à peine à un chiffre de 4 000 lits pour 300 000 âmes de l'agglomération lyonnaise* » [21] (p 36), ce qui était insuffisant. L'Hôtel-Dieu devait fréquemment refuser des patients pour n'hospitaliser que les plus graves [14] (p 572) : en 1853, il y avait 35 nouveaux patients hospitalisés par jour en moyenne [8] (p 55).

Il devint donc nécessaire de construire un autre hôpital, « *annexe de l'Hôtel-Dieu* » [21] (p 36), d'autant plus que le conseil général des H.C.L. vota en 1832 l'interdiction formelle de coucher plus d'un patient par lit [14] (p 497). De 1856 à 1861, les H.C.L. firent donc construire **l'hôpital de la Croix-Rousse**. La population de ce faubourg, rattaché à la commune de Lyon en 1852, avait été multipliée par 6 depuis le début du XIXe siècle (canuts, ouvriers de la soierie) (Document 15) [12] (p 14). L'hôpital de la Croix-Rousse avait un peu moins de 500 lits à son ouverture [21] (p 37).

Les convalescents de l'Hôtel-Dieu et de la Croix-Rousse eurent droit à un hospice spécialement dédié, grâce au don de l'Impératrice Eugénie en 1866, qu'on nomma "Asile Sainte-Eugénie". Il comprenait une centaine de lits, répartis en chambres [18] (p 91).

Durée de séjour

Document 18 de synthèse : Durée de séjour des patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu. Source pour l'année 1806 : selon O. Faure, 1981 [9] (p 76-7). Source pour l'année 1866 : selon O. Faure, 1991 [38] (p 39).

Durée de séjour	En 1806	En 1866
Moins de 10 jours	30 %	15.2 %
Entre 10 et 30 jours	50 %	47.5 %
Plus de 30 jours	20 %	37.2 %

« Dans maintes circonstances le temps que les malades passent à l'hôpital est plus long qu'il ne devrait l'être » J.-P. Pointe, 1842 [13] (p 148).

La durée moyenne de séjour était de 23 jours [8] (p 58-9) et n'évolua pas au cours du XIXe siècle. Selon le Document 18, on remarque que la moitié des patients étaient hospitalisée entre 10 et 30 jours. Les patients qui séjournèrent moins de 10 jours étaient atteints de maladies peu graves, ou au contraire rapidement mortelles. Entre 1806 et 1866, les courts séjours devinrent moins fréquents alors que les longs séjours (plus de 30 jours) augmentèrent [9] (p 76-7), [38] (p 39).

La durée de séjour des hommes (maladies moins graves et blessures) était inférieure à celle des femmes (fièvres). Les non-lyonnais connaissaient plus de longs séjours que les lyonnais (maladies plus graves ou à un stade plus avancé) [9] (p 76-7).

Au milieu du XIXe siècle, A. de Polinière expliquait la stabilité de la durée de séjour ainsi : plus de confort, donc plus de raison de retarder sa sortie ; plus de patients soignés, donc plus de convalescents ; plus d'opérations chirurgicales donc plus de suites post-opératoires [8] (p 62).

Selon l'évolution de sa maladie, un patient devait parfois changer de salle (par exemple passer de chirurgie en médecine ou inversement). Or il n'était pas rare que le médecin, le chirurgien ou même la sœur refuse l'arrivée d'un nouveau patient dans leur salle. Cette attitude avait pour conséquence l'aggravation de l'état du patient en question, et donc l'augmentation de sa durée de séjour.

Or, selon J.-P. Pointe (1842), la nécessité de faire de la place ne devait pas influencer les choix des médecins : « *Et combien ne serait-il pas dangereux que les médecins d'un hôpital vinsent à rivaliser entre eux à celui dont les salles présenteraient le mouvement le plus actif et la mortalité la moins grande ? Résultat auquel on ne saurait parvenir que par des moyens dont il serait à craindre que les malades fussent victimes* » [13] (p 149).

Mais les médecins étaient souvent gênés de faire sortir des convalescents avant leur rémission complète, au risque de rechute, gênés de mettre à la porte des patients incurables sans moyen d'exister, gênés par « *la pitié qu'ils inspirent* ». De plus, certains patients indigents n'hésitaient pas à feindre quelques symptômes pour rester plus longtemps [13] (p 151).

Comme l'écrivait en 1900 Jules Drivon (1843-1922), médecin de l'Hôtel-Dieu, « *notre hôpital [...] était donc un hôpital-hospice, et il a gardé ce caractère jusqu'à nos jours. Souvent on trouve mentionné le droit, pour les pauvres passants, d'y séjourner trois jours et trois nuits* » [14] (p 532). Ces "passants" étaient des indigents non malades, qui vagabondaient de ville en ville. Or J.-P. Pointe en 1842 critiquait déjà le fait que les « *voyageurs pauvres qui, aux termes des règlements, n'y devaient séjourner que vingt quatre heures pour prendre du repos, mais qui, par abus, y demeurent rarement moins de deux ou trois jours, et quelques fois plus* » [13] (p 125).

La saison hivernale était gérée de façon paradoxale : il y avait plus de patients à hospitaliser, le manque de lits faisait hâter la sortie des convalescents, et ceux-ci rechutaient à domicile à cause du froid, devant être ré-hospitalisés... Pour y remédier, il fut proposé de donner « *un gilet de laine et de la chaussure aux convalescents de pneumonie, de fièvres, etc.* » [13] (p 153).

Mesures prises pour limiter les hospitalisations

La surpopulation était source de désordre. Pourtant, « *le spectacle de l'encombrement [fit] naître, timidement, l'idée que l'hôpital [devait] réserver en priorité ses efforts aux soins des malades* », que l'hôpital devait se médicaliser [9] (p 58).

A l'Hôtel-Dieu, on considérait que les deux tiers des patients étaient admis de façon « *frauduleuse, c'est-à-dire sans que la nécessité les y appelle* ». Selon J.-P. Pointe, il s'agissait d'artisans « *sans amour propre* » (car ils avaient les moyens de se faire soigner à domicile) ; de paresseux feignant une maladie (alors qu'ils risquaient d'en contracter une réelle à l'hôpital), de pauvres refusant de quémander de l'aide à leur famille aisée ; de domestiques sensés être soignés par et chez leur maître ; de prostituées, vagabonds et autres criminels voulant échapper aux autorités, etc. Ces personnes n'ayant « *aucun droit à [...] obtenir de la charité publique* » [13] (p 188-91).

L'élève interne chirurgien posté à l'entrée pouvait aussi en être la cause : il devait juger l'indication d'hospitalisation ou non. Or cet étudiant changeait tous les mois, et il n'était pas rare qu'il se fasse remplacer par un camarade. Par manque d'expérience et de connaissance, celui-ci pouvait difficilement différencier une vraie maladie d'une maladie "simulée" par une personne pauvre dans le but d'être nourrie et logée (et surtout, le simulateur ne pouvait pas être reconnu par un interne qui changeait tous les mois). Par manque de courage ou de fermeté, il pouvait aussi être difficile de refuser une demande d'admission [13] (p 185). Lorsque le patient était refusé par l'hôpital, il avait comme dernier recours « *d'ameuter le peuple à l'entrée de l'hôpital* » [9] (p 61), de faire pression, et triomphait parfois. Certaines situations de refus d'admission étaient portées au commissaire de Police, notamment les noyés – pourtant, « *soit ils ne sont que mouillés, soit ils sont déjà morts* » [9] (p 62).

Pour l'admission à l'Hôtel-Dieu, il n'y avait « *aucune condition de domicile* » [9] (p 60), contrairement à de d'autres hôpitaux en France où l'admission d'un malade était conditionnée par sa durée d'habitation dans la ville (car c'étaient les citoyens de la ville qui payaient les octrois, principales ressources de l'hôpital) [4] (p 54-57).

Face à la difficulté de faire sortir les patients incurables et indigents, l'administration de l'Hôtel-Dieu essaya de réagir [13] (p 152-3) :

- Organisation d'une visite conjointe du médecin et d'un administrateur auprès des patients depuis longtemps hospitalisés, afin de statuer si la prolongation de leur séjour était bénéfique ou non. Cette visite fut rapidement abandonnée.
- Liste trimestrielle des patients sortants envoyée aux administrateurs afin que ceux-ci les forçassent à recourir aux aides possibles. S'ils n'en avaient pas, ils étaient renvoyés dans leur pays pour les étrangers, ou placés dans des hospices spéciaux.

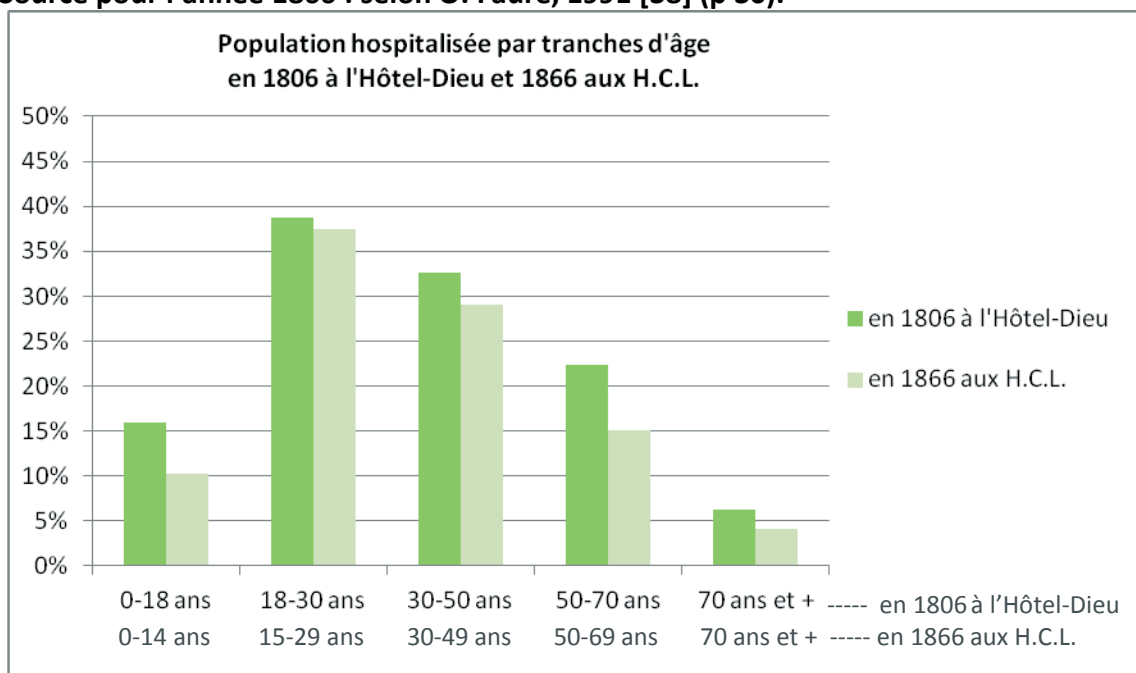
Pour limiter le nombre d'hospitalisations, le secours à domicile fut mis en avant, et chaque hôpital y concédait une partie de ses revenus (maison de bienfaisance et dépôts de mendicité) [4] (p 47). En parallèle, le service de consultations externes de l'Hôtel-Dieu permettait de voir entre 100 et 150 patients deux fois par semaine sans les hospitaliser [13] (p 167-70).

« [...] malade non pas imaginaire, ce serait trop peu dire ; faux malade, ce serait trop dire ; malade sérieusement exprès, ça me semble ça. Soumis au régime lacté froid, il fait bouillir une partie de son lait en cachette, [...] se coupe une bonne soupe chaude qu'il "rend" presque aussitôt ès [sic] une cuvette destinée à être montrée au médecin en chef [...]. De la sorte, on se ménage de bons mois d'hôpital si un mauvais estomac, et le tour est joué .»
Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 61).

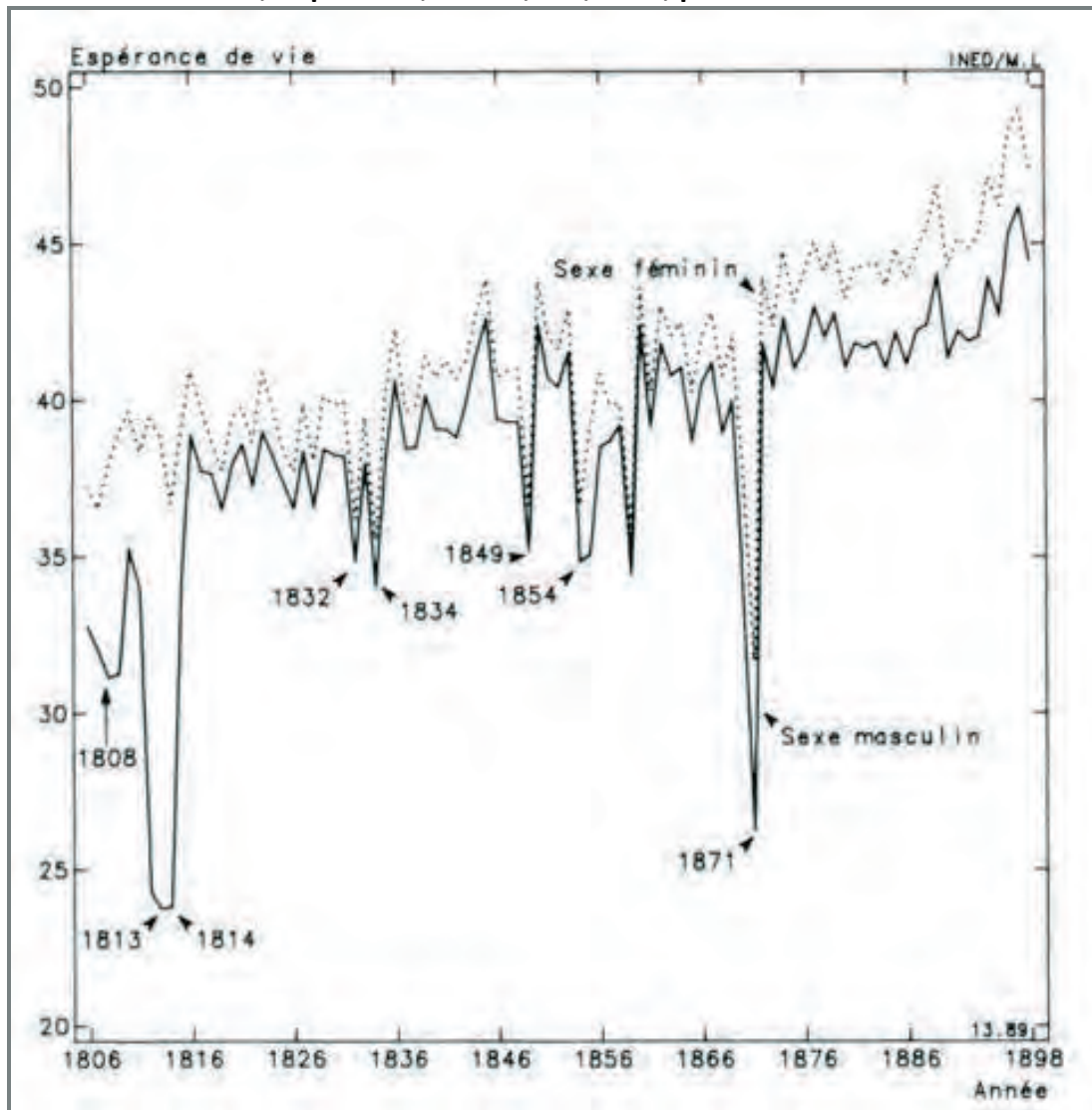
Leur typologie

Âge, sexe et répartition entre médecine et chirurgie

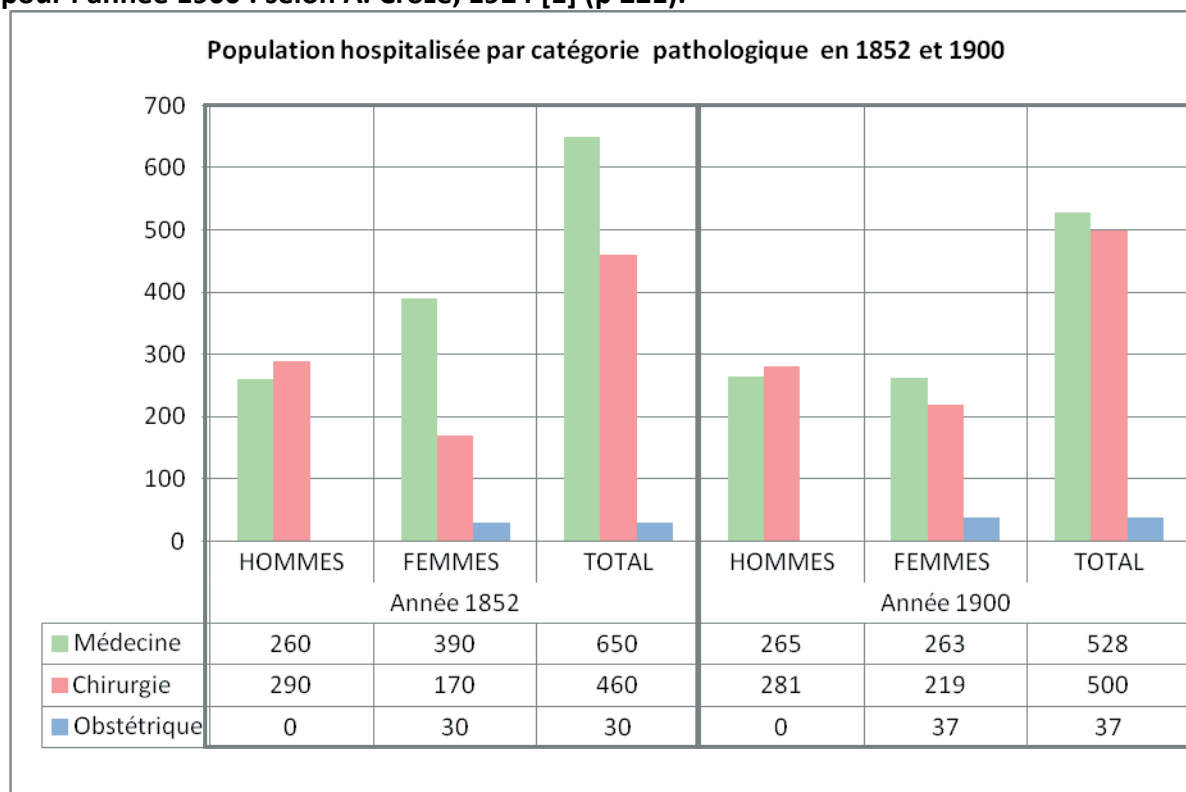
Document 19 de synthèse : Population hospitalisée par tranches d'âge à l'Hôtel-Dieu en 1806 et aux H.C.L. en 1866. Source pour l'année 1806 : selon O. Faure, 1981 [9] (p 66). Source pour l'année 1866 : selon O. Faure, 1991 [38] (p 30).



Document 20 : Espérance de vie en France par âge et par sexe au XIXe siècle (unité : ans).
Source : « *Reconstitution des tables annuelles de mortalité pour la France au XIXe siècle* »,
J. Vallin et F. Meslé, *Population*, vol. 44, n°6, 1989, p. 1135



Document 21 de synthèse : Population hospitalisée par catégorie pathologique et par sexe en 1852 et 1900. Source pour l'année 1852 : selon A. de Polinière, 1853 [8] (p 21). Source pour l'année 1900 : selon A. Croze, 1924 [1] (p 221).



Le Document 19 montre que les moins de 18 ans étaient peu représentés à l'Hôtel-Dieu. A partir du début du XIXe siècle, les enfants (malades, abandonnés ou orphelins) ne furent plus admis à l'Hôtel-Dieu. Seuls les adolescents non malades de plus de 12 ans [38] (p 55) originaires des faubourgs de Lyon ou d'ailleurs [8] (p 21) continuaient d'y séjourner.

La classe d'âge des 18-30 ans – la plus nombreuse en ville – était aussi la plus représentée à l'Hôtel-Dieu en 1806 (38,71%) [9] (p 66). A la fin du XIXe siècle, c'est celle des 30-60 ans qui devint majoritaire (58,6%) [38] (p 56). Cette situation allait avec l'espérance de vie en France qui était de 39,9 ans en 1816, et de 45,4 ans en 1899 (Document 20).

Selon le Document 21, au milieu du XIXe siècle, les patients hospitalisés en médecine étaient plus nombreux (57%) qu'en chirurgie (40,4%) [9] (p 66). Les hommes étaient majoritairement blessés, hospitalisés en chirurgie, et occupaient les lits à la belle saison. A l'inverse, les femmes étaient majoritairement fiévreuses, hospitalisées en médecine (et en obstétrique), et occupaient les lits de médecine l'automne et l'hiver [38] (p 31).

Cet état changea au cours du siècle pour arriver en 1900 à un équilibre entre médecine et chirurgie, et l'absence de discrimination entre les sexes [38] (p 57).

Situation familiale et professionnelle

Document 22 de synthèse : Professions des patients de l'Hôtel-Dieu en 1806 et des H.C.L. en 1866. Source pour l'année 1806 : O. Faure, 1981 [9] (p 67). Source pour l'année 1866 : O. Faure, 1991 [38] (p 34).

Profession	En 1806 à l'Hôtel-Dieu			En 1866 aux H.C.L.		
	Homme (%)	Femme (%)	Total (%)	Homme (%)	Femme (%)	Total (%)
Domestique	6,72	16	11	16,4	23,8	19,3
Ouvrier	17,47	23,33	20,41			
Agriculteur	10,08	4,33	7,19			
Artisan	55,45	41,33	53,38			
Autres professions	10,25	5	7,61			

Document 23 : Professions des lyonnais et des non lyonnais hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en 1806. Source : O. Faure, 1981 [9] (p 68).

Origine	Lyonnais (%)	Non lyonnais (%)
Domestique	9,71	16,44
Ouvrier	18,23	25,83
Agriculteur	2,18	22,14
Artisan	61,24	23,48
Autres professions	8,62	9,73

Les deux-tiers des patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu étaient des personnes isolées : célibataires, veufs ou séparés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (65% en 1806 [9] (p 65), 62,8% en 1866 [38] (p 55), 66% en 1911 (aux H.C.L.) [38] (p 19).

Cette situation préfigurait l'état de la population lyonnaise au XIXe siècle [38] (p 71). La croissance industrielle de la ville avait amené des jeunes adultes de la classe ouvrière, non mariés, ou vivant parfois en concubinage, car loin du regard de leur famille. Selon O. Faure, si le « *célibat domine, [...] il provient en partie du jeune âge des hospitalisés et n'est pas*

forcément synonyme d'isolement complet et de marginalité » [38] (p 41). « *Nés de familles stables [90%], et partiellement conservées, [les patients hospitalisés] n'ont rien des misérables traditionnels marqués par le destin dès l'origine [...] et paraissent finalement d'une assez grande banalité* » [38] (p 28).

Cependant « *la propension des veufs à fréquenter l'hôpital [était] triple de celle des veuves* » [38] (p 73).

D'un point de vue professionnel, « *tous âges confondus, 80% des malades lyonnais [hospitalisés aux H.C.L.] [étaient] désignés par l'appartenance personnelle à une profession* ». Les femmes déclaraient le travail de leur mari quand elles-mêmes ne travaillaient pas (26,5% en 1866). « *Les "sans profession" [étaient] moins de 2% en 1866, 4% en 1911* » [38] (p 32-3).

Le Document 22 montre que les professions les plus représentées de l'Hôtel-Dieu étaient des métiers précaires et source de traumatismes physiques, principalement les artisans et les ouvriers (de la soierie et de l'imprimerie) [13] (p 227). Ceci explique la localisation de l'hôpital de la Croix-Rousse (1861) : pour être au plus proche des canuts [8] (p 93-4). Les prostituées préféraient se déclarer ouvrières, ce qui a probablement grossi ces chiffres [13] (p 228). « *Les journaliers, manœuvres [ouvriers] et domestiques représentaient plus de 20% des appellations professionnelles sans aucun changement entre 1866 [...] et 1911 [...]* » [38] (p 33).

Selon le Document 23, au début du XIXe siècle, « *la différence entre ville et campagne [était] nette. D'un côté, l'hôpital [était] le recours des artisans, de l'autre celui de catégories extrêmes* » [9] (p 69). Les non-lyonnais avaient des professions diverses, et comportaient évidemment plus d'agriculteurs que les lyonnais.

Les personnes dont le métier était d'un niveau supérieur étaient rarement soignées à l'hôpital (plutôt en ville) et ne représentait en 1806 que 7,61% des hospitalisés [9] (p 67).

« Et peut-être un jour regretterons-nous ce "bon temps" où vous, travailleurs, vous vous reposiez ; où nous, les poètes, nous travaillions ; où toi, l'artiste, tu gagnais ton banyuls et tes todods avec des portraits de suppléantes et d'élèves et quelles "fresques" dans la salle de garde ! »
Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 28).

Origine géographique

Les hôpitaux du XIXe siècle étaient urbains et réservés aux habitants des villes qui payaient les octrois (sources de financement des hôpitaux), alors que la majorité de la population française était rurale.

L'Hôtel-Dieu était une exception (avec l'Hôtel-Dieu de Paris) : « *De quelques pays qu'ils viennent, tous les malades [étaient] reçus à l'hôpital général de Lyon* » [13] (p 127). On y accueillait les personnes des faubourgs alentours – comme la Croix-Rousse, Vaise et la Guillotière, rattachés en 1852 à Lyon – ainsi que ceux des régions ou des pays voisins.

Les patients qui n'habitaient pas le département représentaient environ 25% des patients de l'Hôtel-Dieu au milieu du XIXe siècle (contre 7,5% dans les autres établissements des H.C.L.) [38] (p 54). A la fin du XIXe siècle, ils ne représentaient plus que 18% des patients de l'Hôtel-Dieu [38] (p 56). Aux H.C.L., plus de 70 départements étaient représentés, mais les trois quart provenaient des départements voisins (dans l'ordre : Rhône, Isère, Ain, Loire et Saône-et-Loire) [38] (p 20;23).

Concernant les patients étrangers (« *les Suisses, les Savoyards et les Allemands* »), J.-P. Pointe constata au début du XIXe siècle (de 1809 à 1812), qu'ils représentaient environ 25% des patients hospitalisés de l'Hôtel-Dieu [13] (p 127). Mais lorsque la Savoie fut rattachée à la France en 1860 – et les Savoyards devenus français – de fait cette proportion baissa fortement (5,5%). Cependant, les étrangers restaient légèrement plus nombreux à l'Hôtel-Dieu que dans les autres établissements des H.C.L. (4,3%) [38] (p 54).

Les "passants", non malades, que l'Hôtel-Dieu hébergeait quelques jours représentaient 4 à 5% des entrées au début du XIXe siècle, quasiment exclusivement des hommes (90%) célibataires (75%) [9] (p 66). Leur proportion diminua à 3,7% à la fin du XIXe siècle [38] (p 56).

Les patients indigents

La révolution industrielle apporta à Lyon une surpopulation prolétaire à la recherche de travail. Ce paupérisme apporta à l'Hôtel-Dieu un grand nombre de patients, car l'hôpital était le seul lieu où les soins médicaux étaient gratuits : « *Le fait seul de solliciter l'entrée à l'hôpital est une présomption suffisante de misère* » E. Buret, « *De la misère des classes laborieuses en Angleterre et en France* » (1840) [4] (p 49). Au début du XIXe siècle, l'hôpital figurait « *parmi les hauts lieux de l'horreur, de la misère et de la souffrance* » [4] (p 49).

Cette misère avait de multiples raisons comme l'expliquait J.-B. Monfalcon, médecin de l'Hôtel-Dieu et membre du conseil de salubrité du Rhône en 1866 :

« Les guerres étrangères, les famines produites par la cherté [...], les maladies pestilentielles, [...] les débordements périodiques du Rhône et de la Saône, les insurrections d'ouvriers [...] l'insuffisance du travail et des salaires, la fréquence et la longueur des chômages, [...] la mauvaise et insuffisante nourriture, [...] l'atmosphère insalubre dans les habitations, et des excès de genres variés [...] : de là des orphelins, des infirmes sans secours, des vieillards sans asile, des mères délaissées, d'innombrables familles sans feu pendant l'hiver, sans pain dans toutes les saisons » [21] (p 237).

Cette assistance gratuite était critiquée par certains bourgeois. Ils critiquaient les ouvriers qui, du fait « *de l'insouciance, de la prodigalité, et de l'oisiveté* » [4] (p 50), dépensaient leur salaire par anticipation, devenaient miséreux et survivaient grâce à l'hôpital. Le libéralisme de l'époque était contre cette charité gratuite qui poussait à la « *dissipation* » et encourageait le « *vice* ». Même le ministre de l'Intérieur, M. De Rémusat, le conçut dans la circulaire du 6 Août 1840 :

« Si l'Etat dote trop libéralement les établissements destinés aux pauvres ; s'il permet à la vieillesse ou aux infirmités un asile assuré ; s'il laisse à l'indigent qui tend la main l'espérance de trouver l'aumône toujours prête, il encourage et accroît le paupérisme au lieu de le diminuer et de le détruire ; il habitue les classes pauvres à recevoir les secours comme un revenu que l'Etat leur reconnaît et leur garantit ; et ces classes ne tardent pas à les considérer comme une espèce de prélèvement légitime auquel elles ont droit sur la fortune sociale » [4] (p 50-1).

L'hôpital du XIXe siècle avait une réelle fonction sociale [4] (p 51). A l'inverse, les personnes les plus aisées se faisaient soigner en ville, dans le privé. Entre les deux, il y avait les patients payants.

« [...] l'Hôpital avec un grand H, l'idée atroce, évocatrice d'une indicible infortune. »
Verlaine P., « Mes hôpitaux », 1891 [22] (p 40).

Les patients payants et les assurés pris en charge

Document 24 : Professions des patients payants de l'Hôtel-Dieu comparées aux professions de l'ensemble des patients de l'Hôtel-Dieu en 1806. Source : O. Faure, 1981 [9] (p 69)

Profession des patients payants	Patients toutes catégories (%)	Patients payants (%)
Domestique	11,00	12,72
Ouvrier	20,41	10,00
Agriculteur	7,19	6,36
Artisan	53,38	57,12
Autres professions	7,61	23,63

La mise en place de lits payants déclenchait quelques réticences, portant atteinte « à un principe jamais explicitement affirmé, mais qui [fondait] toute la législation du XIXe siècle, et qui [voulait] que l'hôpital soit réservé aux pauvres » [4] (p 71). Selon l'Académie des sciences au début du XIXe siècle, « l'hôpital est l'asile de la pauvreté ; il ne faut pas que l'argent y paraisse ; les soins rendus aux payants seraient au dépens de ceux qui ne paient pas » [4] (p 69).

Cependant, ces lits payants étaient aussi considérés comme un bienfait : d'une part pour les finances de l'hôpital ; et d'autre part pour l'estime de soi des travailleurs en capacité de payer et qui ne souhaitent pas abuser de la charité publique [13] (p 129).

En 1787, la première salle payante de l'Hôtel-Dieu, « dite la salle Montazet, [fut] fondée par l'archevêque de ce nom qui fit la dépense du mobilier ». Elle hébergeait 19 femmes fiévreuses, à 1,25 Francs par jour [5] (p 11-5) – soit l'équivalent en 1806 de 6 litres de lait, ou 1 kg de viande [10] (p 48).

Leur nombre fut progressivement augmenté [13] (p 129). Ainsi, à partir de 1873, il y avait entre 100 et 200 lits payants (soit 9 à 18% du total des lits de l'Hôtel-Dieu), réservables, au tarif de 2 Francs par jour [1] (p 128). Les patients payants avaient le droit de profiter du promenoir des convalescents, de sortir de l'hôpital, et de garder leurs vêtements civils [8] (p 42).

L'Hôtel-Dieu possédait aussi 3 chambres plus luxueuses au tarif de 12 francs par jour. Ces chambres ressemblaient à un petit appartement avec une chambre à coucher et 2 pièces de desserte. Le patient pouvait choisir son médecin ou chirurgien-major, voir le doyen s'il le souhaitait. Un frère et une sœur étaient détachés pour s'occuper uniquement des 3 chambres. Réservées aux personnes aisées, ces chambres de luxe étaient décriées pour leur injustice : labeur des servants et problèmes organisationnels occasionnés [13] (p 128).

Les patients payants représentaient environ 7% des patients de l'Hôtel-Dieu en 1806, majoritairement des hommes (60%), entre 30 et 50 ans, artisans ou de professions plus élevées (négociants ou rentiers) (Document 24). Les lits payants des domestiques étaient en réalité pris en charge par leur maître [9] (p 70).

Certains patients payants bénéficiaient d'une société de secours mutuel dans les grandes manufactures. Cela fut source de conflits avec l'administration [4] (p 71), d'autant plus qu'il existait des clauses de non prises en charge : « *La règle est de donner des secours au sociétaire qu'une maladie alite ou conduit à l'hôpital ; mais il cesse d'y avoir droit quand son affection reconnaît une origine vénérienne* » [24] (p 157).

Enfin, la loi du 15 juillet 1893 sur **l'assistance médicale gratuite** remit en question ce fonctionnement : « *Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou s'il y a l'impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier* » [4] (p 72). Chaque commune fut donc rattachée à un hôpital qui accueillait gratuitement les patients contre un remboursement par la commune ou par le département ou par l'Etat en fonction du domicile du patient) [4] (p 59). Cela signifiait deux choses pour l'Hôtel-Dieu :

- Seuls les indigents lyonnais pouvaient y être soignés gratuitement.
- Les indigents non domiciliés à Lyon devaient payer leur frais de séjour eux-mêmes ou le faire payer « *par leur commune, leur département ou l'Etat* » [1] (p 218).

Or depuis toujours, l'Hôtel-Dieu n'avait jamais tenu compte du "domicile de secours" : il accueillait tous les adultes fiévreux ou blessés, indigents ou non, venant de Lyon ou des autres communes du Rhône, voire des autres départements. Le département du Rhône voulut que cela reste en l'état, alors que le Conseil d'Administration des H.C.L. voulait appliquer cette loi. « *Toutefois, après d'âpres discussions et de nombreux rapports, le Conseil des Hospices, par esprit de conciliation, [accepta] que les malades des communes rurales du département [soient], comme par le passé, reçus gratuitement à l'Hôtel-Dieu* », à titre provisoire. De plus, l'administration des H.C.L. se réserva le droit « *d'exiger que les communes rurales payassent, comme les autres, les frais d'hospitalisation de leurs malades* » au cas où les ressources de l'hôpital manqueraient [1] (p 218).

Quelques années plus tard, la loi du 9 avril 1898 somma les patrons de prendre en charge les frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accident de travail d'un employé, y compris les frais hôteliers et d'entretien (à partir de 1905) [4] (p 72-3).

Les femmes enceintes indigentes mariées et domiciliées à Lyon

Les femmes enceintes indigentes mariées et domiciliées à Lyon, « *qui se présentaient avec un contrat de mariage et un certificat d'indigence* » [24] (p 156), pouvaient accoucher à l'Hôtel-Dieu, dans une salle de 26 lits qui leur était réservée.

Les mères-célibataires, souvent de condition modeste, accouchaient à l'hospice de la Charité afin de préserver les bonnes mœurs à l'Hôtel-Dieu. Les femmes indigentes mariées des faubourgs de Lyon (Guillotière, Croix-Rousse, Vaise) n'avaient pas accès à l'Hôtel-Dieu et accouchaient donc à l'hospice de la Charité. Ces femmes étaient hospitalisées 15 jours avant leur terme [8] (p 121), alors que l'Hôtel-Dieu accueillait les femmes au moment même de l'accouchement.

De nombreuses femmes accouchaient à domicile avec des sages-femmes libérales, car la mortalité par fièvre puerpérale à l'hôpital était effrayante. Dans la 2^e moitié du XIX^e siècle, cette mortalité baissa grâce aux mesures antiseptiques mises en place – notamment par Fochier à la Charité –, et le nombre de femmes accouchant à la Charité tripla [38] (p 61).

J.-P. Pointe critiqua cette discrimination envers les femmes des faubourgs : il ne comprenait pas pourquoi elles étaient « *abandonnées au pernicieux contact de filles perdues*.

[...] *C'est croire que, sous le rapport des bonnes mœurs, les femmes mariées de Lyon extra muros méritent moins d'égards que celles de Lyon intra muros* ». Il critiquait le manque de chance donné aux mères-célibataires, « *plus malheureuses que coupables* », exclues, humiliées, ne pouvant « *dissimuler leur faute* » ; d'autant plus que l'Hôtel-Dieu était moins spécialiste que l'hospice de la Charité sur le plan obstétrical : moins d'accouchements, pas de chirurgien spécialisé, des religieuses peu expérimentées prenant tout en charge (du travail aux suites de couches) [13] (p 134-7).

En 1783, la Charité demanda à recevoir toutes les femmes enceintes, mariées ou non, de Lyon ou d'ailleurs. L'Hôtel-Dieu accepta et en échange, on transféra à la Charité « *deux sœurs croisées instruites dans l'art des accouchemens [sic]* » [6] (p 305). Ainsi, l'hôpital de la Charité se spécialisa progressivement au cours du XIXe siècle en gynécologie-obstétrique et pédiatrie.

Les militaires, jusqu'en 1836

En 1800, une loi imposa aux hôpitaux civils de recevoir les militaires en cas d'absence d'hôpital militaire dans la ville. A Lyon, l'Hôtel-Dieu accueillit les militaires jusqu'en 1836 : l'ouverture de l'hôpital militaire Desgenettes situé sur la rive droite du Rhône, au sud de l'hospice de la Charité, eut lieu en 1831, et le transfert des derniers militaires en 1836 [14] (p 567).

Un grand nombre de militaires des guerres de l'Empire furent soignés à l'Hôtel-Dieu. En 1807, l'autel du Grand-Dôme fut même retiré pour accueillir une centaine de militaires [16] (p 66). En 1814, « *la population militaire de l'Hôtel-Dieu fut à peu près égale à la population civile (10 840 militaires, 11 695 civils)* ». Les salles étant pleines, on dut installer les militaires blessés « *dans les corridors et jusque dans les cours, en attendant qu'on eût disposé un hôpital militaire dans les marais de Perrache, où la mortalité fut effroyable* ». Suite aux insurrections de 1831 et 1834, le nombre de militaire augmenta, et « *on comprit la nécessité d'avoir un hôpital militaire* » [14] (p 567).

Cependant, cette population militaire quoique nombreuse, était une source de revenu pour les H.C.L. : l'hospitalisation de ces soldats et officiers était soumise à un prix

journalier. Ils étaient la première catégorie de patients payants. Les tarifs s'échelonnaient de 30 centimes à 8 Francs par jour selon les hôpitaux.

Même si ces militaires étaient source de revenus, leur durée de séjour était plus longue que les civils, le prix journalier d'un militaire ne couvrait pas la totalité des dépenses, et les sommes dues par l'Etat étaient souvent réglées avec plusieurs années de retard [9] (p 54).

Selon leur grade, les militaires avaient des salles différentes (chambre particulière pour les hauts gradés), et des lits plus ou moins confortables. Les soins étaient assurés par les médecins militaires qui accompagnaient la garnison, sauf s'ils n'étaient pas assez nombreux. Les servantes et les sœurs hospitalières étaient payées par l'armée comme gardes-malades [4] (p 69).

Les patients non catholiques

L'Hôtel-Dieu était ouvert aux patients de toutes les religions. Les « *ministres de tous les cultes* » pouvaient, « *quand ils le [jugeaient] convenable, visiter leur coreligionnaires* » [13] (p 199).

Cependant, une charité spécifiquement protestante était organisée avec un accueil des patients, dans des infirmeries ou des maisons de particuliers, au frais de l'Eglise protestante, pour éviter qu'ils ne soient mal reçus (ou victime de prosélytisme) dans un milieu catholique [39] (p 3). Pour cela, l'Infirmerie Protestante fut créée en 1844 dans le faubourg de la Croix-Rousse.

Concernant la religion juive, aucun historien de l'époque ne parla de leur représentation à l'Hôtel-Dieu (E. Dagier, J.-P. Pointe, A. de Polinière, A. Jambon).

Leur mortalité

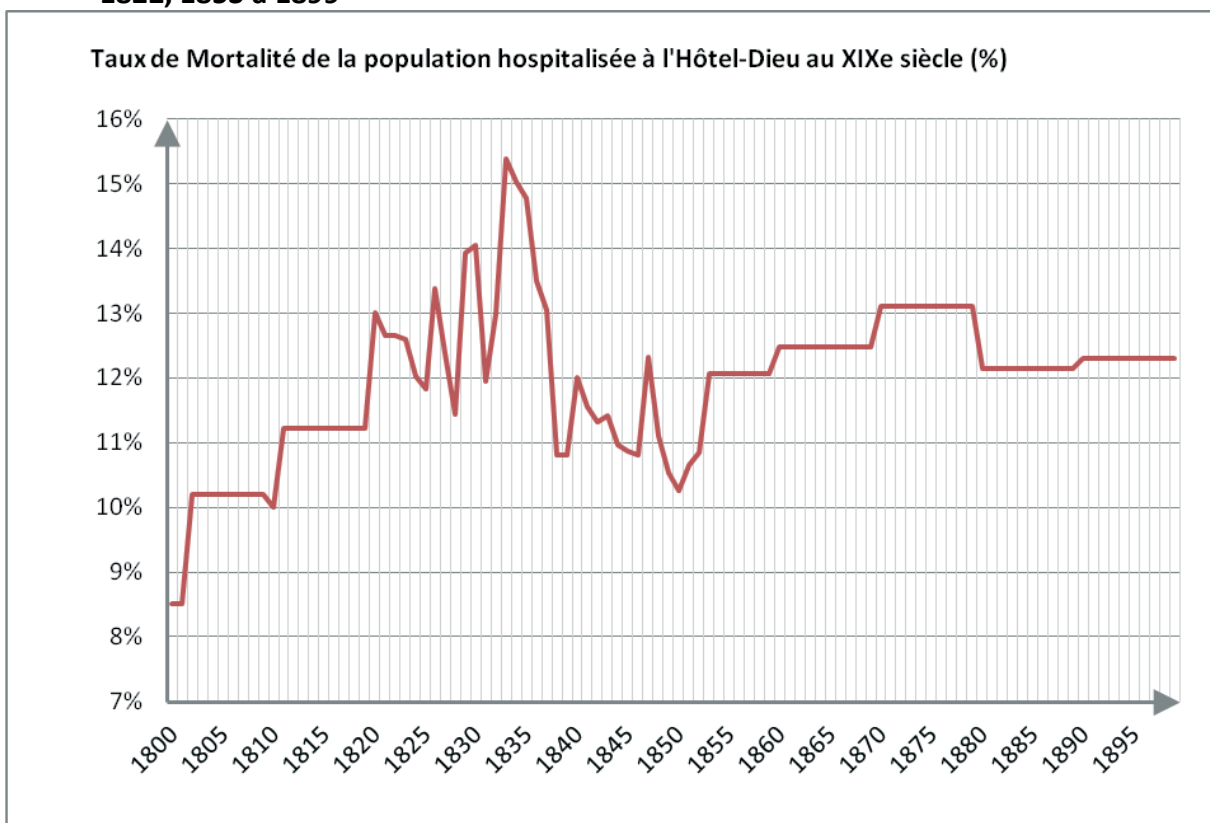
Le nom et la maladie des morts étaient consignés tous les matins par le médecin sur la "feuille des morts". Cependant, les diagnostics des défunts étaient au début du XIXe siècle soit absents, soit imprécis, soit « *fantaisistes* », et cette feuille fut abandonnée en 1830. Pourtant, elle permettait de repérer le début d'une épidémie et de limiter la mortalité en étudiant ses facteurs favorisants [13] (p 158-9), [27] (p 46).

Les statistiques concernant la mortalité furent retrouvées grâce au registre des décès des H.C.L. À propos de l'Hôtel-Dieu, les causes de mortalité ne furent précisées sur le registre qu'à partir de 1860 [40] (p 63).

Taux de mortalité des patients hospitalisés

Document 25 de synthèse : Taux de mortalité à l'Hôtel-Dieu. Source : d'après :

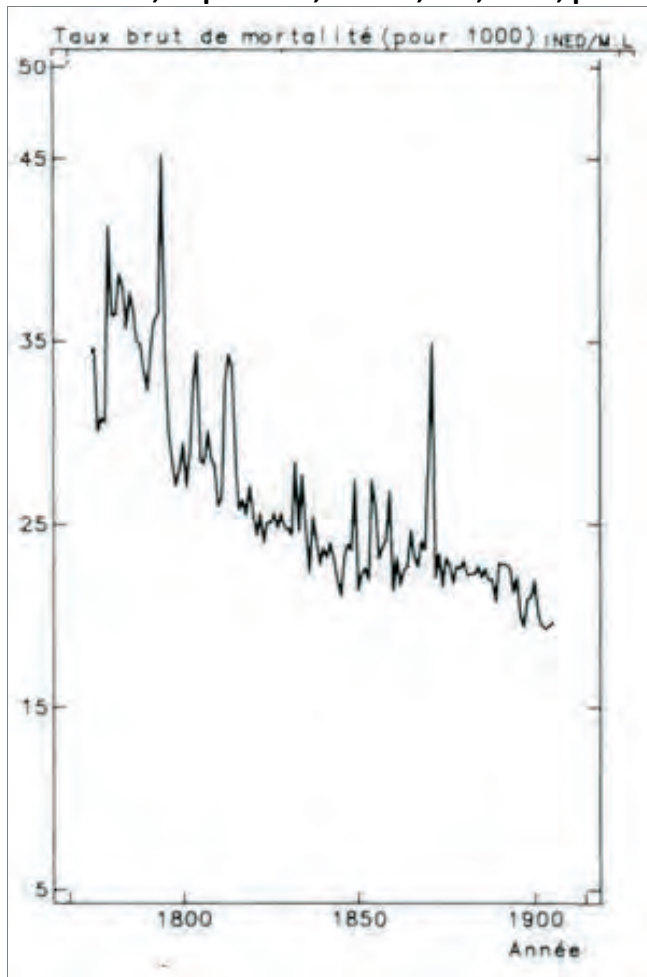
- J.-P. Pointe, dans « *Histoire topographique et médicale du Grand Hôtel-Dieu de Lyon* », 1842 [13] (p 160-1), pour l'année 1810
- A. de Polinière, dans « *Considérations sur la salubrité de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice de la Charité de Lyon* », 1853 [8] (p 58-90), pour les années 1820, 1823 à 1852
- J. Drivon, dans « *La mortalité à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant deux siècles* », 1900 [14] (p 568), moyenne décennale pour les années 1802 à 1809, 1811 à 1819, 1821 à 1822, 1853 à 1899



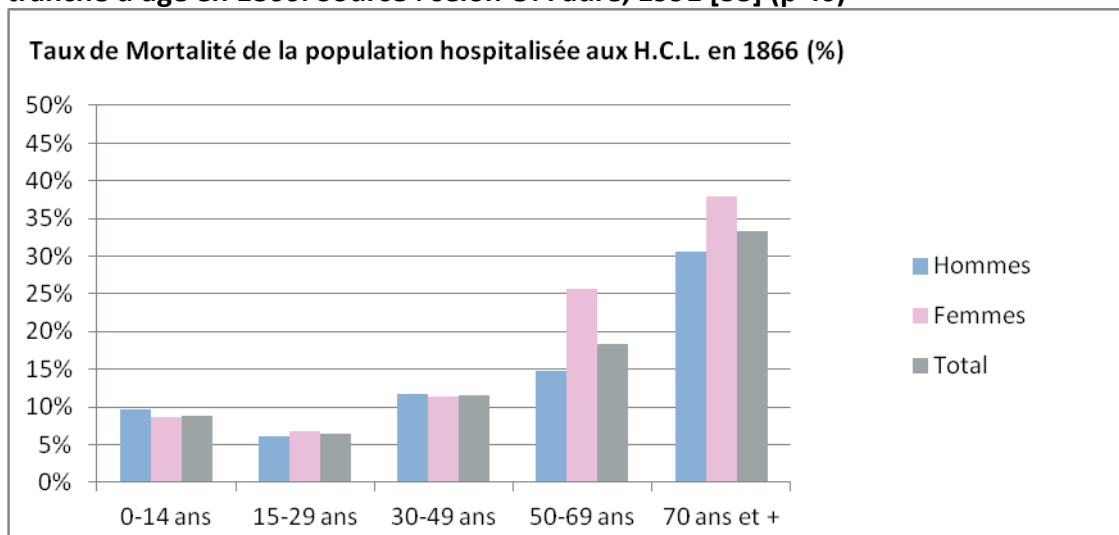
Les pics de mortalité correspondent à certains événements de la ville de Lyon [8] (p 61) :

- 1807-1815 : guerres de l'Empire
- 1833 : mauvaise "constitution médicale" (c'est-à-dire le « rapport qui existe entre les constitutions atmosphérique et les maladies régnantes mauvaises »)
- 1834-1835 : guerre civile liée à la révolte des canuts
- 1840-1842 : grandes inondations et leurs conséquences
- 1846-1847 : constitution médicale maligne
- 1847 : mauvaises récoltes entraînant la hausse des prix et de la misère
- 1848-1849 : révolution des canuts
- 1851-1852 : inondations multiples
- 1870-1871 : guerre franco-prussienne

Document 26 : Mortalité en France (unité : ‰). Image modifiée depuis la source : « Reconstitution des tables annuelles de mortalité pour la France au XIXe siècle », J. Vallin et F. Meslé, Population, vol. 44, n°6, 1989, p. 1123



Document 27 de synthèse : Taux de mortalité de la population hospitalisée aux H.C.L. par tranche d'âge en 1866. Source : selon O. Faure, 1991 [38] (p 40)



Paradoxalement, le taux de mortalité à l'Hôtel-Dieu augmenta progressivement au cours du XIXe siècle, alors que la mortalité française globale diminuait : il passa de 8,5% au début du siècle, à 12% à la fin du siècle [14] (p 568) (Document 25 et Document 26).

Comme le dit J. Drivon : « *je ne voudrais cependant pas laisser le lecteur sur cette impression désolante que les réformes hygiéniques qui ont été opérées ont eu pour unique résultat d'accroître de 3 [points] notre mortalité hospitalière* » [14] (p 571).

Il l'expliqua par l'augmentation, dès le début du XIXe siècle, de la proportion de "vrais" patients à l'Hôtel-Dieu, car les patients à faible mortalité furent progressivement transférés dans d'autres établissements :

- les enfants et les femmes enceintes furent confiés à la Charité à la fin du XVIIIe siècle [14] (p 531) ;
- de même pour les incurables en 1822 [14] (p 534) ;
- les vénériens, les aliénés et les galeux, furent progressivement confiés à l'Antiquaille à partir de 1802 et 1818 [14] (p 569-71), puis aussi à l'hospice du Perron (à partir de 1844) ;
- les militaires furent transférés à l'hôpital militaire Desgenettes à partir de 1831. Cependant, le taux de mortalité des militaires était bien inférieur à celui des civils (entre 4,35 et 8,35%) [14] (p 567). De plus, la courbe de mortalité du Document 25 ne représente que les patients civils.

J. Drivon souligna la nécessité de sélectionner les malades les plus graves, à cause de la baisse du nombre de lits par habitant (1 lit pour 196 habitants en 1790 contre 1 lit pour 332 habitants en 1900) [14] (p 572). En effet, on mourrait plus à l'Hôtel-Dieu que dans tous les hôpitaux des H.C.L (Hôtel-Dieu compris) : 12,5% contre 11,6%. Selon O. Faure, « *l'Hôtel-Dieu [était...] un établissement prestigieux dans lequel on se rend[ait] de loin en cas de maladie grave, [incarnant...] l'espoir avant même d'être efficace* » [38] (p 56).

Malgré tout, le Document 27 montre que la population la plus nombreuse des 15-29 ans avaient la mortalité la plus faible aux H.C.L. en 1866. Les femmes de plus de 50 ans présentaient une « *surmortalité considérable qui explique la rareté des femmes âgées à l'hôpital à moins qu'elle ne soit la conséquence d'un recours limité aux cas désespérés* » [38] (p 40).

En 1853, A. de Polinière, en tant que membre du conseil de salubrité du département, attribua la baisse de la mortalité entre 1820 et 1850 « à l'accroissement des conditions de salubrité et à leur puissante influence sur la vie des hommes. [...] la médecine rend encore plus de services en indiquant les améliorations hygiéniques nécessaires, qu'en distribuant des remèdes tirés de la pharmacie » [8] (p 64-5), car « la thérapeutique judicieusement employée guérit les individus ; l'hygiène libéralement répandue sauve les masses » [8] (p 212). Il montra qu'il en fut de même à l'hôpital de la Charité [8] (p 193).

Par ailleurs, on croyait que les étages étaient source d'une plus grande mortalité, les miasmes des étages inférieurs montant dans les étages supérieurs. A. de Polinière démontra le non fondé de cette théorie (du moins à l'Hôtel-Dieu) par une étude statistique bien menée entre les années 1834-1840 et 1844-1852 [8] (p 65-76).

« [...] à l'hôpital les médecins faisaient passer l'arme à gauche aux malades trop détériorés, histoire de ne pas se donner l'embêtement de les guérir. »
Zola E., « l'Assommoir », 1876-1877 [30] (p 147).

Mortalité liée aux maladies infectieuses durant la seconde moitié du siècle

Document 28 de synthèse : Mortalité par maladie infectieuse à Lyon entre 1872 et 1889.
Source : selon E. Clément [41] (p 135).

Mortalité par maladie infectieuse à Lyon entre 1872 et 1889	Décès par maladie infectieuse : Valeur absolue (%)	Coefficient mortuaire par 100 000 habitants
Typhoïde	4 072 (30,77 %)	65
Diphtérie	2 483 (18,76 %)	38
Variole	1 825 (13,79 %)	28
Rougeole	1 601 (12,10 %)	24
Fièvre puerpérale	1 158 (8,75 %)	17
Scarlatine	738 (5,53 %)	11
Erysipèle	689 (5,21 %)	10
Coqueluche	668 (5,05 %)	10
TOTAL	13 234 (100 %)	-

Ce chapitre ne détaillera pas la mortalité des maladies infectieuses infantiles (diphtérie, rougeole, scarlatine, coqueluche), ni de la fièvre puerpérale, ni des maladies vénériennes (dont la syphilis), car elles touchaient une population très peu représentée à l'Hôtel-Dieu au XIXe siècle (enfants, femmes en couche, vénériens).

L'étude réalisée par E. Clément intitulée « *Etat sanitaire de la ville de Lyon de 1872 à 1889* », publié en 1890 [41] détaille la mortalité par maladie infectieuse. Le Document 28 reprend ses chiffres : on remarque immédiatement la place importante que prenaient la typhoïde, la variole et l'érysipèle. Cependant, il est étonnant de ne pas voir apparaître les deux principales causes de mortalité infectieuse : la tuberculose et les infections pulmonaires non tuberculeuses.

Document 29 de synthèse : Mortalité par tuberculose des patients de l'Hôtel-Dieu. Source : d'après M. Oukala, 2014 [40] (p 197).

Mortalité par Tuberculose	1860	1870	1880	1890	1900	TOTAL
TOTAL des décès de l'Hôtel-Dieu	1 717	1 947	1 280	1 433	1 594	7 971
tuberculose pulmonaire (y compris "phtisie pulmonaire")	369	434	316	342	371	1 832
tuberculose pulmonaire (y compris "phtisie pulmonaire") (%)	21,49%	22,29%	24,69%	23,87%	23,27%	22,98%
péritonite tuberculeuse	3	1	7	7	8	26
péritonite tuberculeuse (%)	0,17%	0,05%	0,55%	0,49%	0,50%	0,33%
scrofuleux	3	1	1	0	0	5
scrofuleux (%)	0,17%	0,05%	0,08%	0,00%	0,00%	0,06%
entérite tuberculeuse	1	0	3	1	1	6
entérite tuberculeuse (%)	0,06%	0,00%	0,23%	0,07%	0,06%	0,08%
mal de pott	3	3	6	7	7	26
mal de pott (%)	0,17%	0,15%	0,47%	0,49%	0,44%	0,33%
granulie aigüe	0	0	6	11	14	31
granulie aigüe (%)	0,00%	0,00%	0,47%	0,77%	0,88%	0,39%
laryngite tuberculeuse	0	0	3	4	0	7
laryngite tuberculeuse (%)	0,00%	0,00%	0,23%	0,28%	0,00%	0,09%
bacillose pulmonaire	0	0	0	0	17	17
bacillose pulmonaire (%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,07%	0,21%
tuberculose cérébrale	3	0	0	0	0	3
tuberculose cérébrale (%)	0,17%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
TOTAL des décès par tuberculose	382	439	342	372	418	1 953
TOTAL des décès par tuberculose (%)	22,25%	22,55%	26,72%	25,96%	26,22%	24,50%

Document 30 de synthèse : Mortalité par infection pulmonaire autre que tuberculeuse des patients de l'Hôtel-Dieu. Source : selon M. Oukala, 2014 [40] (p 196).

Mortalité par infection pulmonaire autre que tuberculeuse	1860	1870	1880	1890	1900	TOTAL
TOTAL des décès de l'Hôtel-Dieu	1 717	1 947	1 280	1 433	1 594	7 971
pneumonie	93	117	96	99	123	528
pneumonie (%)	5,42%	6,01%	7,50%	6,91%	7,72%	6,62%
bronchite	22	31	26	20	34	133
bronchite (%)	1,28%	1,59%	2,03%	1,40%	2,13%	1,67%
pleurésie	14	16	22	13	14	79
pleurésie (%)	0,82%	0,82%	1,72%	0,91%	0,88%	0,99%
TOTAL des décès par infection pulmonaire	129	164	144	132	171	740
TOTAL des décès par infection pulmonaire (%)	7,51%	8,42%	11,25%	9,21%	10,73%	9,28%

Document 31 de synthèse : Mortalité par infection digestive des patients de l'Hôtel-Dieu.
Source : selon M. Oukala, 2014 [40] (p 198).

Mortalité par infection digestive	1860	1870	1880	1890	1900	TOTAL
TOTAL des décès de l'Hôtel-Dieu	1 717	1 947	1 280	1 433	1 594	7 971
dysenterie	12	43	6	12	1	74
dysenterie (%)	0,70%	2,21%	0,47%	0,84%	0,06%	0,93%
appendicite	0	0	0	0	10	10
appendicite (%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,63%	0,13%
entéro-colite	0	0	1	0	0	1
entéro-colite (%)	0,00%	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,01%
péritonite	18	19	13	20	28	98
péritonite (%)	1,05%	0,98%	1,02%	1,40%	1,76%	1,23%
diarrhée	13	19	6	1	2	41
diarrhée (%)	0,76%	0,98%	0,47%	0,07%	0,13%	0,51%
entérite	14	8	2	0	0	24
entérite (%)	0,82%	0,41%	0,16%	0,00%	0,00%	0,30%
gastro-entérite	7	0	2	0	0	9
gastroentérite (%)	0,41%	0,00%	0,16%	0,00%	0,00%	0,11%
typhoïde	64	63	41	21	44	233
typhoïde (%)	3,73%	3,24%	3,20%	1,47%	2,76%	2,92%
choléra	3	0	0	1	0	4
choléra (%)	0,17%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%	0,05%
TOTAL des décès par infection digestive	131	152	71	55	85	494
TOTAL des décès par infection digestive (%)	7,63%	7,81%	5,55%	3,84%	5,33%	6,20%

Document 32 de synthèse : Mortalité par infection cutanée des patients de l'Hôtel-Dieu.
Source : selon M. Oukala, 2014 [40] (p 197-8).

Mortalité par infection cutanée	1860	1870	1880	1890	1900	TOTAL
TOTAL des décès de l'Hôtel-Dieu	1 717	1 947	1 280	1 433	1 594	7 971
erysipèle	10	21	7	8	15	61
erysipèle (%)	0,58%	1,08%	0,55%	0,56%	0,94%	0,77%
gangrène	14	15	20	15	8	72
gangrène (%)	0,82%	0,77%	1,56%	1,05%	0,50%	0,90%
phlegmon	15	29	6	14	12	76
phlegmon (%)	0,87%	1,49%	0,47%	0,98%	0,75%	0,95%
abcès (sauf abcès péritonéal)	26	6	19	12	4	67
abcès (sauf abcès péritonéal) (%)	1,51%	0,31%	1,48%	0,84%	0,25%	0,84%
variole	32	94	0	0	0	126
variole (%)	1,86%	4,83%	0,00%	0,00%	0,00%	1,58%
rougeole	1	1	0	0	0	2
rougeole (%)	0,06%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%
panaris furoncle	0	1	0	1	0	2
panaris furoncle (%)	0,00%	0,05%	0,00%	0,07%	0,00%	0,03%
TOTAL des décès par infection cutanée	98	167	52	50	39	406
TOTAL des décès par infection cutanée (%)	5,71%	8,58%	4,06%	3,49%	2,45%	5,09%

La thèse de M. Oukala, « *La mortalité infectieuse dans les hôpitaux civils de Lyon au XIXe siècle* » (2014) [40], recense toutes les causes de mortalité à l'Hôtel-Dieu pour les années 1860, 1870, 1880, 1890 et 1900. La première moitié du siècle n'a pas été étudiée car « à l'Hôtel-Dieu, il a fallu attendre la fin des années 1850 » pour que les causes de décès soient « répertoriées dans les registres de décès » [40] (p 63). Il est important de noter que ce type d'étude ne permet pas de « mettre en évidence certaines épidémies ponctuelles » [40] (p 64).

La principale cause infectieuse de décès était la tuberculose (Document 29), causant en moyenne 24,50% des décès toutes causes confondues [40] (p 79). Celle qu'on surnommait la "grande faucheuse" ou encore la "peste blanche" [40] (p 73), était pourtant discrète, tuant lentement les jeunes adultes, surtout par sa localisation pulmonaire appelée « *phtisie* ». Existait depuis la préhistoire, la tuberculose se développa « lors de la paupérisation des classes les plus modestes et de leur concentration urbaine qu'amena la révolution industrielle » au XIXe siècle [42] (p 165).

Les connaissances de la tuberculose s'améliorèrent notamment grâce à Laënnec (1781-1826) et son « *Traité d'auscultation médiate* » publié en 1819 ; puis grâce à Villemin (1827-1892) et sa théorie de la contagiosité en 1865 ; et enfin grâce à la découverte de l'agent causal en 1882 par Robert Koch [42] (p 169). Ainsi, elle évoluait de façon endémique sans que les progrès de l'hygiénisme ne l'atteignent.

L. Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu, y étudia la tuberculose pulmonaire entre les années 1856 et 1860 : les femmes semblaient plus atteintes que les hommes, avec 54,88% des décès liés à la phtisie pulmonaire (alors que le taux de mortalité des femmes toutes causes confondues n'était pas plus élevé) [43] (p 11-2). La tranche d'âge la plus touchée était celle allant de 15 à 30 ans (avec un pic entre 20 et 25 ans) [43] (p 13), et la période la plus néfaste était le printemps [43] (p 8). D'après A. Lacassagne (1843-1924), dans son « *Compte rendu des travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône* » (1891), les professions de dévideuses et de mariniers étaient les plus touchées : les premières, jeunes filles d'origine campagnarde étaient « confinées dans des atmosphères trop restreintes [des ateliers de l'industrie textile], peu nourries pour la plupart, et assujetties à un travail qui parfois ne laissait qu'un temps de sommeil insuffisant » [44] (p 362) ; les seconds, hommes vigoureux, souffraient d'une « sorte de traumatisme chronique, sur le haut

du thorax, par l'extrémité de la perche dont le marinier se servait pour faire avancer son bateau » [44] (p 363).

Ce fut à la fin du siècle que le bureau d'hygiène de Lyon « préconisa aux médecins de déclarer les cas qu'ils rencontraient », sans pour autant inscrire la tuberculose au tableau des maladies à déclarations obligatoires [40] (p 83).

La deuxième cause infectieuse de mortalité était liée aux infections pulmonaires non tuberculeuses (Document 30), avec par ordre d'importance : pneumonie, bronchite, et pleurésie, causant en moyenne 9,28% des décès toutes causes confondues [40] (p 196).

La pneumonie était responsable à elle seule de 6,62% des décès en moyenne sur les années étudiées par M. Oukala [40] (p 115). Alors que ces différentes affections étaient souvent confondues, Laënnec et son stéthoscope permit de spécifier les différentes atteintes en fonction de leur symptomatologie. Enfin, en 1883, Talamon découvrit et isola le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) [40] (p 112). La pneumonie compliquait souvent une tuberculose, ou une grippe créant des pics de mortalité épidémiques comme en 1837, 1866, 1883, 1887, et 1896 [40] (p 118).

La troisième cause infectieuse de mortalité était liée aux infections digestives (Document 31) – dont la typhoïde, la péritonite, la dysenterie (symptôme et non diagnostic), l'appendicite, la gastro-entérocologie – causant en moyenne 6,20% des décès toutes causes confondues [40] (p 198).

La **typhoïde** était responsable à elle seule de 2,92% des décès toutes causes confondues [40] (p 99), en provoquant fièvre, céphalée, troubles digestifs, anorexie jusqu'à la torpeur ("*tuphos*" en grec) [40] (p 94). D'après les statistiques de E. Clément, de 1872 à 1889, elle fut responsable de 4 072 décès des 13 234 décès par maladies infectieuses, soit 30,77% [41] (p 135) (Document 28).

Initialement nommée « *fièvre putride* », « *fièvre muqueuse* », « *fièvre ataxique* », « *fièvre adynamique* », « *fièvre intestinale* », la typhoïde fut mieux connue au cours du XIXe siècle grâce aux travaux de Petit et Serre (1814, description clinique), de Bretonneau (1818, description des lésions intestinales, « *dothiéntérite* »), de P.-C.-A. Louis (1829, livre de référence sur la fièvre typhoïde), de Eberth puis Gaffky (1880 et 1884, découverte puis isolement du bacille *Salmonella enterica*). Et enfin, sa propagation par l'eau souillée fut prouvée, et l'application de mesures préventives entraîna une baisse de la morbidité

typhique [40] (p 94-5). L'année 1896 apporta le sérodiagnostic de la maladie, et sa vaccination.

La typhoïde sévissait à Lyon de façon endémique l'hiver et épidémique l'été, « [atteignant] son maximum en août ou en septembre », tous les 3 ou 4 ans. A. Lacassagne attribuait cela aux égouts (qui communiquaient directement avec les éviers des cuisines) et aux nappes souterraines contaminées par des fosses d'aisance non étanches (multiplication des germes à l'étiage, puis dispersion des germes à la crue). L'épidémie de 1874 fut la plus soudaine et la plus mortelle, liée à une grande chaleur et une sécheresse des nappes souterraines [44] (p 364-8) : parmi les 1924 cas de typhoïde – qui provoquèrent 262 décès – , 518 furent hospitalisés [40] (p 101).

M. Oukala consacra un chapitre de sa thèse à la **dysenterie**, équivalent de diarrhée glairo-sanglante, qui est donc un symptôme plus qu'une maladie à proprement parler, liée à une infection bactérienne (*shigella*, *staphylococcus aureus*, *salmonella*, *campylobacter*, anérobies...). L'étiologie parasitaire amibienne (par *entamoeba histolitica*) se rencontre plutôt dans les pays chauds. Son étude, portant sur les années 1860, 1870, 1880, 1890 et 1900, montra une participation dysentérique faible sur la mortalité de l'Hôtel-Dieu (entre 0,06% et 0,84%) en dehors du pic épidémique de l'année 1870, contemporaine de la guerre franco-prussienne (cause de 2,21% des décès de l'Hôtel-Dieu). Cette maladie touchait surtout les armées en temps de guerre, et se transmettait à la population envahie. En dehors des guerres, les épidémies étaient plutôt estivales et plus ou moins étendues. La bactérie *Shigella* fut identifiée par Shiga en 1898 [40] (p 129-35).

Il est à noter que la ville de Lyon échappa au **choléra asiatique**, lors de la grande épidémie de 1832. Cette épidémie bactérienne (*vibrio cholerae*), entraînant une diarrhée profuse puis une déshydratation fatale, partit d'Inde en 1817, s'étendit à la Chine, à la Russie, à l'Allemagne et arriva en France à Calais et Arras en 1832 [42] (p 133). Dans les grandes villes comme Paris ou Marseille, le choléra causa la mort de plusieurs milliers de personnes en un an [42] (p 139), ainsi que de nombreux décès liés aux émeutes de la population apeurée [42] (p 136).

On évoqua plusieurs raisons à cette immunité lyonnaise contre le choléra :

- A. de Polinière rendit hommage aux administrateurs des H.C.L. qui opérèrent en 1832 des travaux et consignes d'assainissement de l'Hôtel-Dieu face aux « *approches menaçantes du choléra asiatique* » [8] (p 24), et qui prononcèrent la même année l'obligation de ne coucher qu'un seul patient par lit ;

- La municipalité et le département (G. Prunelle, maire de Lyon et A. de Gasparin, préfet du Rhône) publièrent plusieurs brochures et affiches mentionnant les consignes de prévention sanitaire [45] ;
- A. Lacassagne considérait que la délocalisation des blanchisseries hospitalières (« *ces lavages se faisant dans les villages environnant Craponne* ») les protégeait [19] (p 182) ;
- On se posa la question du rôle protecteur « *du principe cholérique [présent] dans nos régions* », agissant comme une « *véritable inoculation, dont le résultat serait d'atténuer [...] la force de ce principe* » [46] (p 6) ;
- Et dans « *Histoire de Lyon et du lyonnais* » (1975), A. Latreille expliqua cette exception lyonnaise par « *la surveillance policière et militaire qui s'y [exerçait] depuis l'émeute de 1831* ».

Lyon échappa aussi aux épidémies de choléra de 1835, 1855, 1865 et 1878. Lors de l'épidémie de 1849, l'Hôtel-Dieu ne subit que 5 cas de choléra. En 1854, l'épidémie – provenant des militaires stationnés à Avignon – entraîna 190 hospitalisations à l'Hôtel-Dieu. En 1884 on dénombra 27 cas à Lyon [19] (p 180-1) entraînant 13 décès [44] (p 382).

Enfin, **la quatrième cause infectieuse de mortalité était liée aux infections "cutanées"** (Document 32) – dont la variole, l'érysipèle, et les abcès, gangrènes et phlegmons - causant en moyenne 4,86% des décès toutes causes confondues [40] (p 197-8).

La **variole**, surnommée "petite vérole" était une maladie virale (du genre *Orthopoxviridæ*) [40] (p 84), ancienne et bien connue, entraînant une éruption cutanée pustuleuse très contagieuse. Un tiers des varioleux en mourait, les autres étaient défigurés ou rendus aveugle par l'atteinte cornéenne. La vaccination – découverte en 1798 par Edward Jenner (1749-1823), utilisant le "cowpox", c'est-à-dire le pus des mamelles des vaches atteintes de *vaccine* – fut rapidement adoptée dans le monde entier, et parfois rendue obligatoire [42] (p 207-8).

Même si la vaccination permit de diminuer la mortalité endémique lyonnaise, de nombreuses épidémies se succédèrent (1804, 1806, 1811, 1844, 1855-56 (avec plus de 1 000 personnes atteintes), 1870-71 (avec près de 900 personnes atteintes), 1875-77, 1889, 1899-1900), mais dont leur mortalité diminua sensiblement [19] (p 162-3). La thèse de M. Oukala fait apparaître un taux de mortalité de 4,83% par variole à l'Hôtel-Dieu en 1870, lors de l'épidémie qui sévit à Lyon de l'hiver 1870 au printemps 1871, alors qu'il était seulement de

1,86% en 1860 [40] (p 89;92). Selon E. Clément repris par J. Rousset, la variole causa 1 825 décès des 13 234 décès par maladie infectieuse enregistrés entre 1872 et 1889, soit 13,8% [19] (p 163) (Document 28).

A Lyon, on vaccina les enfants de la Charité à partir de 1801, puis tous les enfants à partir de 1865 [19] (p 164). La mortalité des patients atteints de variole était alors de « *1 sur 3 pour les sujets non vaccinés et [de] 1 sur 8 pour les vaccinés* » [44] (p 374). Il fallut attendre 1872 pour isoler les varioleux à l'Hôtel-Dieu, alors que Bondet estimait, déjà en 1865, que 300 patients contractaient la maladie dans le foyer de contagion qu'étaient les salles communes de l'Hôtel-Dieu [19] (p 164).

L'infection dermo-hypodermique qu'est l'**érysipèle** était banale et quotidienne [19] (p 170). Elle pénétrait par une porte d'entrée causée par un accident (plaie, ulcère...) ou par un traumatisme chirurgical (opération chirurgicale avant l'ère de l'antisepsie et de l'asepsie). On crut que l'érysipèle se développait par contagiosité car il était lié à la promiscuité des salles communes, comme l'écrivait J. Daudé en 1867 : « *Personne ne conteste que l'encombrement, l'agglomération des individus [...] dans les hôpitaux, ne soient des causes prédisposantes au développement des maladies épidémiques. [...] Ce fait est spécialement vrai pour l'érysipèle. Mais nous pouvons surtout dire que c'est dans les salles de chirurgie, où l'air est souvent infect à cause des plaies suppurantes, à cause de l'imprégnation des pièces de pansement par des matières en putréfaction, que l'érysipèle a de la tendance à se répéter épidémiquement.* » [47] (p 183-4).

Des traitements généraux furent essayés (saignées, purgatifs, diurétiques, émétiques, etc.), mais les différents traités concernant l'érysipèle décrivaient surtout de nombreux traitements locaux (topiques à base de d'eau de sureau, de sulfate de fer, l'alcoolature d'aconit, d'onguent mercuriel, de laudanum, etc.).

Bien que l'érysipèle sévissait de façon endémique, les épidémies se succédèrent à l'Hôtel-Dieu (1824 et 1825 ; 1864 et 1865 ; 1867 et 1868 ; 1870). « *Sur 13 254 décès dus, de 1872 à 1889, aux maladies infectieuses, 689 avaient été la conséquence de l'érysipèle* », soit 5,2% [19] (p 171).

Au début de la microbiologie, vers 1850, la tendance principale est à la théorie de la génération spontanée des germes, et à leur transmission aéroportée. Finalement, on se rendit compte que la dissémination de l'infection suivait le parcours des chirurgiens et de leurs élèves dont les mains et les instruments n'étaient pas lavées [40] (p 137). Dans sa thèse de 1892, « *Etude de la mortalité dans les services de chirurgie des hôpitaux de Lyon* »,

Etienne Destot (1864-1918) montra que la mortalité par érysipèle diminua à partir de 1875, date de l'application des mesures antiseptiques de Lister, améliorées par Létievant : « *en 1867, notre maître, M. le professeur Ollier, trace de l'état des salles de chirurgie un tableau effrayant : [...] "Les cas de mort par érysipèle ont été au nombre de 61. Ce nombre représente le cinquième du nombre total des morts* ». « *Létievant [...] nous donne en 5 ans les chiffres suivants : 1875, 17 érysipèles - 1876, 25 érysipèles - 1877, 10 érysipèles - 1878, 5 érysipèles* » [27] (p 32;36).

Il est à noter que le **paludisme** était présent à Lyon. La guerre, les marécages qui entouraient Lyon, les grands chantiers créant des eaux stagnantes et le développement des voyages intercontinentaux étaient sources de multiplication de l'anophèle (moustique vecteur du *Plasmodium*) et de propagation de la maladie.

Cependant, le traitement médical par Quinine était connu depuis longtemps, et l'isolement de la molécule en 1820 permit de diminuer son coût et d'augmenter son utilisation, en plus de la mise en place de mesures prophylactiques (amélioration de la salubrité de la ville, moustiquaires, augmentation de l'agriculture). Ceci permit sa régression à la fin du XIXe siècle [42] (p 235-7).

A l'Hôtel-Dieu, la mortalité par paludisme était très faible, moins de 10 cas par an [40] (p 99).

Mortalité dans les services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de 1873 à 1891

Document 33 : Cause de mortalité dans les services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu sur deux périodes (1874-1878 et 1887-1891). Source : E. Destot, 1892 [27] (p 47).

	CHIFFRE MOYEN		CHIFFRE MOYEN		CHIFFRE MOYEN	
	1874-78	1887-91	de mortalité pr 100 décès		de mortalité pr 100 entrées	
Traumatisme	52,0	62,0	19,95	21,08	1,41	1,49
Infections	58,0	35,4	22,25	12,04	1,57	0,85
Os et articulations...	24,8	45,8	9,51	15,60	0,67	1,10
Tumeurs.....	44,2	40,4	16,96	17,14	1,20	0,97
Hernies	12,6	28,4	4,83	9,62	0,34	0,68
Péritonites	2,2	12,0	0,84	4,08	0,05	0,28
O. génitaux femmes.	12,0	19,0	4,60	6,46	0,32	0,45
Urinaires.....	23,2	25,2	8,94	8,57	0,63	0,60
Médecine)	31,8	11,4	12,2	3,87	0,86	0,27
Indéterminés)						
Obstruction intestinale	»	3,8		1,29		0,09
Pleurésie purulente..	»	2,2		0,74		0,07
Cerveau	»	3,6		1,22		0,08
Corps thyroïde.....	»	4,8		1,63		0,08

L'étude faite par Etienne Destot (1864-1918) dans sa thèse « *Etude de la mortalité dans les services de chirurgie des hôpitaux de Lyon* » (1892), concernait les années 1873 à 1891. Cette période fut révolutionnaire pour la chirurgie, avec l'application de l'antisepsie puis de l'asepsie. Or ses chiffres ne montrèrent pas ce qu'on pouvait attendre :

« De 1874 à 1878, la moyenne des entrées a été de 4 614 ; celle des décès 262,2. Ce qui donne comme pourcentage 5,68 pour 100. En supprimant l'ophtalmologie on a comme moyenne des entrées 3 674,2 ; moyenne des décès 260,6. Soit : 7,9 pour 100.
De 1887 à 1891, la moyenne des entrées est de 4 145 ; celle des décès 294. Soit 7,09 pour cent. » [27] (p 47).

Ainsi, le taux de mortalité de la première période (1874-1878) – dite période ancienne car précédant l'asepsie – était identique à celui de la deuxième période (1887-1891) – dite période moderne car postérieure à l'application de l'asepsie.

Destot proposa quelques explications, « car si à Lyon la mortalité de l'Hôtel-Dieu n'est pas descendue, ce fait tient uniquement à une organisation défectueuse des grands services qui ne permet pas aux malades et aux chirurgiens de se trouver dans un milieu complètement aseptique » [27] (p 46) :

- L'abus opératoire ou "prurit secandi" : « la suppression d'un organe paraît toujours une chose grave, alors qu'on peut réussir par d'autres moyens » [27] (p 5) ; « Les interventions ouvrent beaucoup plus de portes d'entrée qu'autrefois et les pansements antiseptiques ne suffisent pas contre l'infection » [27] (p 78).
- La promiscuité qui règne dans les salles communes, où patients infectés et non infectés se côtoient.
- Les étudiants qui examinent l'un après l'autre les patients et qui assistent en spectateur aux opérations sans être en tenue aseptique ; d'autant plus que depuis la création de l'école de service de santé militaire, leur nombre a largement augmenté [27] (p 82;84).
- Le problème des chirurgiens surmenés et du personnel en nombre insuffisant et pas assez instruit [27] (p 77-8).
- L'encombrement des salles communes : les salles les plus grandes ont une plus forte mortalité [27] (p 79).
- Enfin, il pose la question épineuse de l'habileté opératoire des chirurgiens, et celle de la nécessité de spécialisation des chirurgiens [27] (p 5).

Avec le Document 33 Destot montra que la mortalité progressait depuis l'avènement de l'asepsie, sauf pour les cas d'infections et de médecine indéterminés.

« N'ayant plus de barrière, le prurit secandi a repris tous ses droits. Or les chiffres que nous apportons ici montrent d'une façon évidente que la mortalité des opérations nouvelles compense juste la mortalité des complications d'autrefois. [...] c'est que l'asepsie de l'Hôtel-Dieu est de la fausse aepsie, et que malades et chirurgiens se trouvent dans des conditions hospitalières telles qu'ils sont exposés continuellement aux complications les plus graves. » [27] (p 70).

« D'une façon générale, avant ou après antiseptie, la mortalité générale de 5 ans reste la même, et les malades n'ont tiré d'autre bénéfice des conditions nouvelles qui leur ont été faites, qu'un déplacement de la mortalité qui, au lieu de porter sur des amputations ou des résections, porte maintenant sur des laparotomies. » [27] (p 48).

La surmortalité des patients souffrant de hernie fut expliquée par le fait que les patients arrivaient à l'Hôtel-Dieu à un stade très avancé de hernie étranglée. Préalablement, ils étaient traités en ville par taxis répétés (réductions manuelles), alors que la kélotomie (libération chirurgicale de l'anse digestive) était pratiquée à un stade terminal de nécrose avancée, pour lequel l'issue était souvent fatale. A partir de la période moderne, la kélotomie était plus précoce, donc beaucoup plus fréquente, mais restait une intervention grave puisque la mortalité était importante [27] (p 52-8).

Malgré toutes ses accusations, Destot critiqua ses propres chiffres, dans le sens où ils étaient bruts, que les patients « *soient décédés antiseptiquement ou pas, peu importe, qu'ils soient morts chirurgicalement ou de leur belle mort ce n'est pas la question* » [27] (p 43). Les progrès exceptionnels apportés par l'antisepsie (1865) et l'asepsie (1880) gonflaient paradoxalement la mortalité : autrefois « *ces malades allaient mourir chez eux* » [27] (p 43), abandonnés à eux-mêmes, car aucun chirurgien n'osait les opérer. Enfin, il critique les chiffres anciens par leur manque de rigueur dans les diagnostics ou les causes de décès [27] (p 46).

Ainsi, d'après tous ces documents, la démographie des patients de l'Hôtel-Dieu montra que « *le rôle de la maladie [paraissait] plus déterminant que la position sociale* » : la grande majorité des patients avait une profession (personnelle ou par le conjoint), la dominance du célibat n'était pas synonyme d'isolement, et les moins de 30 ans, majoritairement présents, avaient le taux de mortalité le plus faible. Ainsi, l'hôpital du XIXe siècle n'était plus un mouvoir ou une prison, il prenait un rôle « *plus proche de celui souhaité par les médecins* » [38] (p 41).

2.2. Comment vivaient les patients au sein de l'hôpital ?

Les patients de l'Hôtel-Dieu dormaient dans des salles communes comportant de nombreux lits où la promiscuité, la pestilence et le bruit étaient quotidiens. Cette situation s'améliora progressivement au cours du XIXe siècle. L'alimentation, qui faisait parti de l'arsenal thérapeutique des médecins, était de meilleure qualité qu'au domicile des patients. Le quotidien était difficile : règlement strict avec de nombreuses obligations et interdictions sous peine de sanctions, dans un cadre où la mort prenait une place importante.

Les salles communes

Au XIXe siècle, il n'existait que quelques chambres particulières réservées, contre un prix journalier élevé, aux militaires hauts gradés et à quelques patients fortunés. Les autres patients étaient regroupés dans des salles communes.

Malgré le courant hygiéniste et les nombreuses observations et statistiques démontrant la nocivité des salles communes, elles perdurèrent.

Nombre de patients par salle

Document 34 : Coupe sur la longueur d'une salle de patients de l'Hôtel-Dieu . Architecte Durand. 1810. Source : Patrimoine de Rhône-Alpes (AML 2 OP 863)

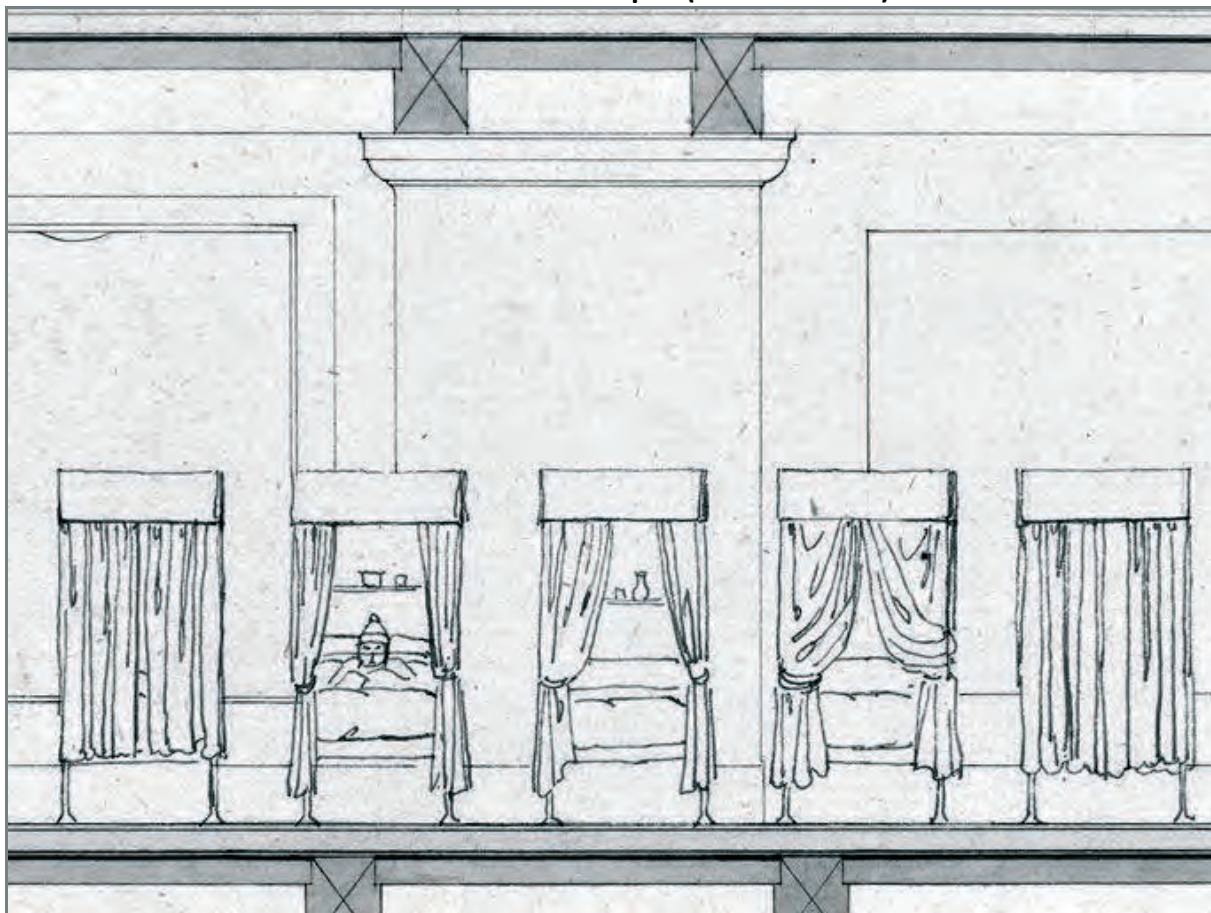


Tableau comparatif des salles de l'Hôtel-Dieu, considérées sous le rapport de la quantité d'air dont les malades disposent dans chacune.

SALLES.	NOMBRE des MALADES	LONGUEUR.	LARGEUR.	HAUTEUR.	QUANTITÉ de MÈTRES CUBES par malade
		m. c.	m. c.	m. c.	m. c.
1. F. fiévreuses	28	22 50	11 10	7 20	64 22
2. F. fiévreuses	54	38 20	10 88	7 06	54 54
3. F. fiévreuses	55	40 00	10 90	7 20	57 17
4. F. fiévreuses	52	35 90	10 98	7 20	54 58
Montazet	19	18 10	11 23	6 90	73 81
St-Sacerdos	116	66 30	15 06	7 70	66 28
St-Charles	110	66 48	15 10	6 08	55 31
St-Louis	118	67 20	15 09	7 70	66 17
St-Paul	120	68 05	15 10	6 30	53 94
Hommes opérés	27	16 56	13 30	7 70	53 36
Ste-Marthe	27	17 35	15 40	6 22	61 55
F. en couches	26	30 95	8 40	5 09	50 90
St-Jean	27	32 74	10 90	5 45	72 03
Ste-Anne	26	30 90	8 90	6 56	69 38
St-Bruno { 1 ^{re} salle	50	38 15	14 05	6 66	71 39
	50	38 12	14 40	6 80	74 65
St-Maurice (Clinique hommes)	107	31 74	11 30	5.26 Hauteur du point le plus élevé de la charpente. 3.28 Hauteur du mur, à partir de la charpente.	69 11
Ste-Marie		35 50	14 10	5.50 Hauteur principale. 3.28 Hauteur du mur.	
Clinique des femmes	20	35 28	7 12	5.16 Hauteur principale. 3.52 Hauteur du mur.	54 50
St-Roch	26	31 00	8 23	6.75 Hauteur principale. 3.45 Hauteur du mur.	50 04
St-Martin	26	32 00	8 32	7.18	73 52
St-Philippe	36	41 80	8 70	7.10	71 72

Au début du XIXe siècle, les médecins – tels que Tenon, Lavoisier, Guyton de Morveau – calculèrent que l'espacement des lits, et donc le nombre de lits par salle, devait être fixé en fonction de sa longueur, de sa largeur et de sa hauteur, afin de diminuer le risque de propagation du "méphitisme", c'est-à-dire du dégagement de gaz toxiques à l'odeur nauséabonde. Chaque patient devait avoir 7 toises cubes d'air à respirer (soit environ 56 mètres cubes), d'où la notion de limiter le nombre de lits à 24 maximum par salle [8] (p 84-5).

Or les salles de l'Hôtel-Dieu étaient immenses, notamment dans le palais du quai où la salle des hommes blessés comportait 240 lits, sur une longueur de 156 mètres [13] (p 48). Les lits étaient espacés les uns des autres par une distance n'atteignant pas un mètre (Document 34). Mais la réalité des grands hôpitaux ne pouvait à cette époque limiter le nombre de patients par salle sans doubler ses effectifs de soignants [8] (p 17).

Il fallut attendre le milieu du XIXe siècle et la réorganisation des salles pour voir apparaître des salles d'une trentaine de lits, plus salubres et mieux aérées, permettant de séparer les patients infectés des autres [8] (p 48). En 1852, l'Hôtel-Dieu comptait 22 salles communes [8] (p 52) pour accueillir 1 140 patients [8] (p 21), dont les volumes d'air par patient étaient satisfaisants (Document 35). Cependant, ni les varioleux, ni les opérés infectés malodorants, ni les délirants n'avaient de salles réservées pour les isoler des autres [8] (p 92). Les varioleux ne furent isolés qu'à partir de 1872 [19] (p 164).

Dans les grandes salles des Quatre Rangs et du Palais du quai, « *les femmes n'étaient séparées des hommes que par un autel, et [...] l'image du Christ était l'unique sauvegarde des bonnes mœurs* » selon J.-P. Pointe [13] (p 132). Mais des portes vitrées amovibles furent installées en 1838, permettant ainsi une séparation physique [14] (p 496).

De même la séparation homme-femme était de mise dans le promenoir des convalescents bâti en 1843 où des murs de 2 mètres de haut séparait la partie réservée aux hommes de celle des femmes [8] (p 39).

Ce grand nombre de patients par salle signifiait la perte de leur personnalité et de leur intimité : le personnel soignant les appelait par leur numéro de lit, et les patients eux-mêmes s'interpellaient par numéro, les maladies de chacun étaient connues de tous.

« Gervaise [...] regarda les infirmières le coucher, au bout d'une grande salle, où les malades à la file, avec des mines de trépassés, se soulevaient et suivaient des yeux le camarade qu'on amenait ; une jolie crevaison là-dedans [...] ; sans compter que la salle avait l'air d'un petit Père-Lachaise, bordée de lits tout blancs, une vraie allée de tombeaux. »

Zola E., « *l'Assommoir* », 1876-1877 [30] (p 432-3).

« Je ne suis plus un homme, je suis le numéro 164, septième salle »
Balzac H. de, « *Le colonel Chabert* », 1835 [48] (p 15).

« - Madame Un ! - Madame Six ! - Madame Onze ! Ecoutez donc un peu que je vous dise... Les malades [...] s'appelaient par leurs numéros de lit, se répondaient, parlaient et bavardaient »

Goncourt E. de et Goncourt J. de, « *Sœur Philomène* », 1861 [31] (p 145).

« Taisez-vous, 27. [...] As-tu entendu ce cochon de 4 ? Quel nom de Dieu de sale ronfleur ! »

Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 29).

Surnombre dans les salles communes

Les guerres de l'Empire du début du siècle apportèrent de nombreux civils et militaires à l'Hôtel-Dieu. En 1807, « *pour gagner de la place, on [enleva] l'autel du Grand-Dôme, et, dans l'immense salle ainsi récupérée, on [put] loger une centaine de militaires* ». En 1811, il fallut utiliser « *les corridors des nouveaux bâtiments* » [7] (p 20). Selon A. Croze, « *il [fallait] presque tout le temps doubler les lits, c'est-à-dire mettre ensemble deux malades dans d'étroites couchettes qui [n'avaient] été faites que pour un seul* » [1] (p 202).

Les salles étaient parfois coupées par un étage supplémentaire, diminuant ainsi la hauteur de moitié [6] (p 327), comme à la Charité où l'on creusa même le carrelage du rez-de-chaussée afin de l'abaisser de 50 cm à 1 mètre. Ce procédé provoquait évidemment un problème d'aération des salles car les fenêtres manquaient [8] (p 124).

Le problème de surnombre était le même ailleurs [4] (p 76) :

- En 1788 à Paris, il y avait jusqu'à 6 patients ou 8 enfants par lit à l'Hôtel-Dieu.
- En 1810 à Lorient, il y avait 120 patients dans 28 lits (soit 4 patients par lit en moyenne).
- En 1823, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, on plaçait une 3^{ème} colonne de lits dans l'allée centrale pour ajouter près de 200 lits aux 560 existants.
- En 1846, à Tréguier (Bretagne), les patients en surnombre dormaient par terre sur des paillasses, ou on plaçait plusieurs patients par lit.

Pourtant, comme le signala J.-P. Pointe en 1842, les inconvénients de coucher plusieurs patients par lit étaient bien connus, entraînant des soucis médicaux et financiers : « *repos incomplet des malades réunis dans le même lit ; mélange de la chaleur particulière à chacun avec celle de ses voisins, et fusion de toutes en une chaleur commune qui devient incommode et quelquefois dangereuse ; confusion dans la distribution des remèdes et des aliments ; et par tous ces motifs, retard dans la guérison, rechutes fréquentes, augmentation du nombre des journées, conséquemment surcroît de dépense* » [13] (p 138). La situation était tout simplement horrible : « *Le malade y respire l'haleine de l'agonisant, le convalescent touche le corps refroidi d'un mort.* » [8] (p 4).

Néanmoins, la volonté de lutter contre cela a fait diminuer la largeur des lits pour n'y coucher qu'une personne, mais alors, on y mettait deux patients. Ce procédé était surtout utilisé pour les malades peu graves, mais aussi pour les « *convalescents et certains paresseux qu'il [était] quelquefois si difficile de renvoyer lors même qu'ils [étaient] guéris, et que l'inconfort de coucher à deux décidait souvent à partir* » [13] (p 139).

En 1832, le docteur Jean-François Terme (1791-1847), débutant son mandat de directeur des H.C.L., supprima le recours à placer plusieurs patients par lit : le conseil d'administration pris la décision qu'à partir du 1^{er} mai 1832, « *il n'y aurait jamais, sous aucun prétexte, deux malades dans le même lit* » (Séance du 25 avril 1832) [14] (p 497). Cette décision fut prise et définitivement appliquée au moment où le choléra asiatique frappait Paris.

Attribution des places dans les salles communes

Document 36 : Répartition des patients dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Source : A. Jambon, 1843 [5] (p 15).

Les quatre salles dites des <i>quatre rangs</i> , pour les femmes fiévreuses	190
La salle Montazet, fiévreuses payantes.	19
Dans les bâtiments neufs :	
La salle St-Roch, pour les femmes fiévreuses payantes.	28
La salle de clinique, femmes fiévreuses.	20
La salle Ste-Anne, hommes fiévreux payants.	28
La salle St-Bruno, femmes fiévreuses.	120
Les salles St-Maurice et Ste-Marie, 20 lits de clinique pour les hommes fiévreux	90
La salle St-Jean, hommes fiévreux payants.	31
La salle St-Charles, hommes fiévreux	110
Les femmes en couche, 9 lits payants	38
Toutes ces salles concernent le service médical. Suivent celles qui sont attribuées au service chirurgical.	
Salle Ste-Marthe, femmes opérées.	27
Salle St-Paul, femmes blessées.	120
Salle des hommes opérés.	27
Salle St-Louis, 120 }	240
Salle d'Orléans, 120 }	
Ainsi le service médical dispose de lits	636
Et le service chirurgical de.	414
Et les deux services réunis offrent aux malades.	1050

Ce sont les sœurs hospitalières qui étaient chargées de répartir les patients dans les salles. De façon à faciliter leur service, les malades les plus graves étaient installés dans les lits les plus bas ou les plus espacés et surtout, dans les lits les plus proches de la salle de repos des servants afin de faciliter leur surveillance. Les sœurs évitaient de placer les membres d'une même famille côte à côte afin de ne pas leur imposer la souffrance d'un proche. Les coins les plus sombres de la salle commune étaient réservés aux « *malades atteints d'affections cérébrales ou d'ophtalmies* » [13] (p 140).

Le Document 36 décrit la répartition des patients selon leurs pathologies en 1843 : il y avait une séparation homme-femme et une séparation médecine-chirurgie (fiévreux - opérés et/ou blessés).

Agencement des salles communes

Document 37 : « Une salle de malades, d'après un dessin de G. A. Pic ». Source : A. Croze. « Histoire administrative et topographique de l'Hôtel-Dieu », 1924 [1]



Selon la taille des salles, les lits étaient disposés sur 2, 3 ou 4 colonnes, avec la tête de lit contre les murs latéraux [13] (p 70-1) (Document 37).

Les lits en bois, infestés de parasites, furent progressivement remplacés par des lits en fer, et les paillasses par des sommiers élastiques ou métalliques. Ces lits mesuraient 90 cm de large sur 2 mètres de long et comportaient un ciel en toile blanche qui pendait sur environ 70 cm. Ce tour de lit fut réduit vers 1830 afin de limiter l'accumulation des "miasmes" autour du patient (d'autant plus que le médecin devait se pencher dans cette atmosphère pour examiner le malade). Des rideaux entouraient les lits afin de donner un peu d'intimité aux patients. Mais vers 1850, ce luxe était réservé uniquement aux salles payantes [8] (p 25-6).

Les premiers lits "mécaniques" furent créés vers 1870 [16] (p 69).

Des tables de chevet séparaient chaque lit du voisin. Et si son état le permettait, le patient pouvait prendre son repas à la table commune, sinon, on le servait sur sa table de chevet. Au

cours du XIXe siècle, l'écuelle et le gobelet en étain furent remplacés par une assiette, un bol et un verre en porcelaine [4] (p 75;96;104).

Les patients disposaient d'une « *chaise percée, en bois, et cachée par un rideau* » [13] (p 72).

Malgré le grand fourneau et les petits poêles ajoutés l'hiver, les patients étaient soumis à une température proche de 10 degrés, voire moins. Les patients étaient vêtus d'une chemise, d'une robe de chambre, d'un gilet de flanelle pour certains, d'une paire de bas, et des sabots. Mais les robes de chambre étaient « *lourdes, peu chaudes* » et « *difficilement lavées* » [13] (p 75).

En 1841, l'invention de Quinquet fit son apparition dans les salles des patients : la lampe à huile. Mais son odeur nauséabonde la fit plus tard remplacer par l'éclairage au gaz, puis électrique à la fin du siècle [4] (p 103), [16] (p 70).

La peste et le bruit

Dans les salles communes, des odeurs malsaines se dégageaient en raison de la promiscuité et du grand nombre de patients.

Lorsque les nombreuses chaises percées étaient vidées, il se dégageait une telle odeur qu'il fallait ouvrir les fenêtres, ce qui réveillait et refroidissait évidemment les patients [13] (p 72). Le manque de latrines était tel que les patients et les employés urinaient sans pudeur dans les cours. Contre cela, en 1838, des "guérites-urinoires" furent installées dans chaque cour de l'hôpital [16] (p 69).

A ces odeurs, se rajoutait l'odeur de ragoûts ou de remèdes que l'on faisait parfois cuire sur les poêles au milieu de la salle commune [4] (p 79). A partir de 1855, la cuisine centrale de l'hôpital fut modernisée : ses fourneaux plus puissants permettaient de ne plus faire la cuisine au milieu des patients [16] (p 70).

La gangrène, la "pourriture d'hôpital" et l'"infection purulente" planaient comme la mort au dessus des patients et des médecins. Les suites de couches se compliquaient de fièvres puerpérales, "fièvre d'hôpital", "fièvre putride".

Dans sa thèse sur la mortalité à l'Hôtel-Dieu (1892), Destot décrivait le risque de contagion dans les salles de chirurgie :

« Outre la promiscuité des cas, mettant en contact un cas infecté, déversant du pus, et un cas opéré aseptiquement, la salle est envahie, à certaines heures, par les visiteurs, qui, outre les germes qu'ils peuvent transporter, troublent les malades gravement atteints par leur turbulence. [...] C'est la nuit [...] qu'il faut voir ces dortoirs immenses, puant toutes les odeurs de chair gâtée, de sueur fétide, d'éruclations nauséuses. [...] Un malade est-il souillé, il doit attendre jusqu'au lendemain, et si le pansement de cet alcoolique est arraché, personne ne le remettra. » [27] (p 76).

Dans certaines salles de patients, le linge sale de la semaine était stocké dans un « cabinet borgne, hermétiquement fermé par une porte qui ne pouvait s'ouvrir sans laisser échapper des bouffées d'un air méphitique », empestant l'air de la salle des patients. Au milieu du XIXe siècle, la création de la buanderie dans la cour Sainte-Marie permit de supprimer ces inconvénients [8] (p 52).

En réalité, c'est de tout l'Hôtel-Dieu qu'émanait une odeur infecte : les cours humides, trop étroites pour être ensoleillées, les salles de dissection (dont celle installée dans la cour des internes), le dépôt des morts, les salles communes, et la boucherie : aux cris des animaux qu'on égorgeait s'ajoutait « *une odeur habituellement repoussante et tout-à-fait insupportable pendant les chaleurs de l'été [...], des gaz chargés de matières animales en putréfaction* » [8] (p 22;35-6). Fort heureusement, la boucherie de l'Hôtel-Dieu fut détruite en 1838.

A. de Polinière décrit le problème que posait les égouts : « *Il existe dans les cours, dans la cave même et dans les cuisines de nombreuses ouvertures, destinées à recevoir les eaux pluviales et ménagères qui se rendent au Rhône par des conduits souterrains. Ceux-ci communiquent avec les égouts chargés de toutes les immondices de l'hôpital. Il s'échappait incessamment, par des orifices béants, des masses de gaz fétides et délétères qui viciaient l'atmosphère des cours et pénétraient dans les salles des malades.* » [8] (p 22-3). Et cela d'autant plus pendant les périodes où le niveau du fleuve était bas et où les égouts n'étaient pas vidés, entraînant des « *nuisances intolérables* » [16] (p 70).

Au milieu du XIXe siècle, ces systèmes d'évacuation furent modifiés en curant les égouts, en fermant les ouvertures, les latrines et les chaises percées par des systèmes hermétiques. Ces améliorations permirent de diminuer grandement ces inconvénients. Enfin, à la fin du XIXe siècle, on raccorda « *les 10 égouts de l'hôpital dans le collecteur de la ville* » [16] (p 70).

L'hospice de la Charité avait le même environnement insalubre : les salles des patients étaient mal aérées, donc humides, froides et malodorantes ; les vieillards étaient beaucoup trop nombreux dans leurs locaux insalubres ; les cours étaient remplies de cabanes, d'ateliers, d'écuries, de latrines, et on plaçait les poulaillers « *jusque dans les vestibules des escaliers* » ; la cour qui servait de jardin de crèche était aussi encombrée [8] (p 123-4). Des modifications réalisées au milieu du XIXe siècle, du même type qu'à l'Hôtel-Dieu, permirent d'assainir l'établissement et d'améliorer le confort des pensionnaires.

« *l'air est tiède, d'une tiédeur moite. Il est chargé d'une odeur et d'un goût écœurant [...]* ».
Goncourt E. de et Goncourt J. de, « *Sœur Philomène* », 1861 [31]
(p 2) .

« [...] une odeur de fièvre à suffoquer », « une odeur de vieux remèdes rances. »

Zola E., « *l'Assommoir* », 1876-1877 [30] (p 433-4).

Le règlement intérieur de l'hôpital demandait que le silence soit fait dans les salles communes et les conversations à voix basse, afin de permettre le repos aux patients. Dans la réalité, il n'en était rien : la salle commune était emplie d'une clameur incessante telle une place de marché : dialogues entre les patients et leurs familles, éclats de rire des internes, cris de douleur des blessés, visites des chirurgiens et de leurs élèves, cris d'agonie des brûlés, besoin naturels sur les chaises-pots, etc. [4] (p 79).

« Une fracture de colonne râle à côté d'une hernie étranglée opérée et celui-là atteint de delirium tremens, hurle et empêche tout le monde de dormir par ses cris et ses mouvements. » (Destot, 1892) [27] (p 77).

Dans le bâtiment des blessés, les patients qui allaient se faire opérer ou qui sortaient d'une opération étaient surveillés dans la salle dite "des opérés". Celle-ci était située à côté de la salle d'opération. Or, avant l'utilisation de l'anesthésie (1846), on pouvait y entendre « *les cris arrachés par la douleur aux malheureux que l'on ampute ou que l'on taille* » [13] (p 50).

La vidange des chaises percées qui se faisait dès quatre heures du matin entraînait un tel bruit qu'elle réveillait les patients [13] (p 72).

Dans les cours de l'Hôtel-Dieu, le public était admis à toute heure du jour : les colporteurs vendaient leurs journaux et les marchands installaient leurs étalages. Les conversations et les éclats de voix s'entendaient depuis les salles des patients [4] (p 80).

« [...] une musique de poitrinaire à vous faire cracher vos poumons. »
Zola E., « *l'Assommoir* », 1876-1877 [30] (p 433).

« *Çà et là le silence de la nuit est interrompu tantôt par des gémissements plaintifs, tantôt par de profonds soupirs arrachés par l'insomnie fébrile.* »
Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 167).

L'alimentation à l'hôpital

Document 38 : « La pompe de la cour des bains, d'après un dessin de P. Janin ». Source : A. Croze. « Histoire administrative et topographique de l'Hôtel-Dieu », 1924 [1]



On considérait les patients mieux nourris à l'hôpital que chez eux ; que ce soit par manque d'hygiène à domicile, ou par pauvreté [13] (p 184).

L'alimentation des patients faisait partie de l'arsenal thérapeutique des médecins. Elle était sur prescription médicale : en fonction de leur affection et de leur état, les patients étaient mis au régime gras ou maigre, en régime diète, bouillon, soupe, demi-quart, quart, demi, trois quart ou portion entière. Les régimes faisaient même parti du règlement intérieur et différaient selon les établissements [4] (p 92).

Par exemple, J.-P. Pointe fait un rapport détaillé des régimes alimentaires en 1842 à l'Hôtel-Dieu :

- « - Diète : *abstinence de tout aliment.*
- *Bouillons : 5 par jour ; à 6 et à 10 heures du matin ; à 2, à 5 et à 11 heures du soir.*
- *Soupes : au pain, au riz, au vermicel ou au maïs ; à 6 et à 10 heures du matin ; à 2, à 5 et à 11 heures du soir.*
- *Quart de portion : 125 grammes de pain ; 31 grammes 25 décigrammes de viande ; 1 décilitre de vin ; 625 grammes de bouillon ; hortolage ou légumes.*
- *Demie : 187 grammes 50 décigrammes de pain ; 62 grammes 50 décigrammes de viande ; 1 décilitre de vin ; 625 grammes de bouillon ; hortolage ou légumes.*
- *Trois quart : 250 grammes de pain ; 93 grammes 75 décigrammes de viande ; 2 décilitres de vin ; 625 grammes de bouillon ; hortolage ou légumes.*
- *Portion : 312 grammes 50 décigrammes de pain ; 125 grammes de viande ; 2 décilitres de vin ; 625 grammes de bouillon ; hortolage ou légumes » [13] (p 178-9).*

Lors de la visite, l'interne notait les prescriptions du médecin et les transmettait à l'économat [4] (p 92). « *Le dîner se prend à 10 heures du matin, et le souper à 5 heures du soir. Aux termes des règlements, la distribution des aliments devrait être faite sous la dictée du chirurgien interne ; mais l'usage en est tombé en désuétude* » [13] (p 179).

Alors que le régime alimentaire était ordonné par le médecin, sa précision n'était pas toujours respectée, ni par les sœurs, ni par les visiteurs. Ces derniers étaient pourtant fouillés à l'entrée par le portier, avec plus ou moins de soins. « *Notre Hôtel-Dieu offre, plus qu'aucun autre établissement hospitalier, ces déplorables exemples de rechutes de maladies et d'accidents mortels, occasionnés par l'introduction frauduleuse de comestibles et de boissons alcooliques* ». Ceci était expliqué par la fréquence des visites à l'Hôtel-Dieu : 4 jours par semaine, alors que dans d'autres établissements, les visites n'étaient autorisées que 2 jours par semaine [8] (p 41).

On pensait que les patients n'étaient pas assez nourris à l'hôpital. Ce qui était le cas lorsque, parfois, le médecin ne prescrivait pas la quantité suffisante supportée par le patient, ou que celui-ci – non réveillé ou trop timide lors de la visite – ne demandait pas une augmentation de ses rations. Il semble que ces écarts étaient la cause d'aggravation voire de décès. A Paris, la famille qui avait reçu l'autorisation du médecin et du directeur, pouvait apporter à leur parent hospitalisé du bouillon gras, de la viande et autres (source de jalousie, de trafic, voire même de partage charitable mais nuisible) [13] (p 180).

L'amélioration de la qualité et des rations avait des réfractaires, même au milieu du XIXe siècle : « *Il faut conserver aux vieillards leurs habitudes d'existence, habituer les enfants à la vie de privation qui malheureusement les attend à la sortie de la maison hospitalière. Dans aucun cas la nourriture ne doit et ne peut être meilleure que celle des familles indigentes qui, par un sentiment louable et qu'il faut craindre de décourager, ne veulent frapper aux portes des hospices* » [4] (p 98).

Les militaires étaient soumis à la même composition des régimes alimentaires, mais en quantité plus importante, liée à l'obligation professionnelle d'être en bonne condition physique. Les patients payants avaient aussi une ration plus importante, proportionnelle au montant de leur pension après acceptation du médecin (un plat en plus, un aliments légers en plus, ou un dessert en plus) [4] (p 93).

D'après A. de Polinière, en 1852, les aliments et le vin étaient de très bonne qualité à l'Hôtel-Dieu, « *aussi bons, au moins, que dans la plupart des hôpitaux réputés par leur bon régime intérieur* » [8] (p 40-1).

Le bouillon, contenant de la viande en quantité réduite, était critiqué par son faible volume et son manque de consistance. On essaya d'y ajouter de la gélatine (à partir de la moelle osseuse de viande), moins chère que la viande, mais sans succès. Il fut aussi "enrichi" avec une forme de caramel à base de mélasse, n'améliorant ni le goût ni les bienfaits [13] (p 175-6).

La viande avait mauvais goût car elle était bouillie sans légumes dans de grandes marmites (« *jusqu'à 75 kg de viande dans 500 litres d'eau* »). Une amélioration s'est ressentie lorsque la taille des marmites a été réduite à 200 litres. Il fut un temps où les médecins pouvaient prescrire de la viande rôtie aux convalescents. Mais après de nombreux abus, ce droit leur fut refusé par l'administration [13] (p 176-7).

« Les œufs et le lait, que nous prescrivons souvent comme premiers aliments à la sortie d'une maladie grave, et même comme remèdes dans certaines affections, ne sont pas toujours dans un convenable état, de fraîcheur pour les uns, et de pureté pour les autres » [13] (p 173).

Le pain était la base de l'alimentation. Il était "bis", c'est-à-dire complet, pour tout le monde [13] (p 173). Dans d'autres hôpitaux de France, le pain était blanc pour les malades, alors que les vieillards, indigents et employés de 2^e et 3^e classes avaient droit à du pain "moyen". Mais la tendance était vers la diminution de la portion de pain au profit de celle de la viande, considérée comme indispensable à la guérison et au renforcement [4] (p 96). Le pain était fabriqué à l'hospice de la Charité pour les deux établissements.

L'eau donnée aux patients provenait des puits des cours de l'hôpital (Document 38), où l'eau du Rhône s'infiltrait naturellement. Le système de distribution fut mécanisé par une machine à vapeur en 1839 [16] (p 70). Elle était « *pure, potable et abondante* » [13] (p 173).

Considéré comme fortifiant et hygiénique, le vin faisait partie intégrante du régime des pensionnaires des hôpitaux. Il était rouge, distribué lors des repas selon la quantité prescrite par le médecin [4] (p 98), et toujours coupé à l'eau pour les patients (y compris les enfants). Mais une bouteille de vieux vin était distribuée de façon arbitraire par la sœur cheftaine aux convalescents. Les médecins pouvaient aussi prescrire différents crus (Beaujolais, Bordeaux, Espagnol, etc.) jugés thérapeutiques. Cela demandait une surveillance appliquée pour éviter tout abus hors prescription [13] (p 174). En effet, le vin était source de tentation et de trafic entre patients et employés [4] (p 98).

« La répugnance des malades pour aller à l'hôpital vient de ce que le peuple croit qu'on y tue les gens en ne leur donnant pas à manger. »

Balzac H. de, « *Le cousin Pons* », 1847 [49] (p 140).

« Madame Lorilleux connaissait une dame qui en sortait ; eh bien ! Elle avait mangé du poulet matin et soir. »

Zola E., « *l'Assommoir* », 1876-1877 [30] (p 149).

L'organisation des séjours et la discipline hospitalière

Admission et sortie des patients

Au début du XIXe siècle, un élève interne était posté à la porte de l'Hôtel-Dieu dans un cabinet, et accueillait de jour comme de nuit les malades se présentant. Il les examinait et les admettait (ou non) dans la salle appropriée. En cas de doute, il pouvait se référer au chirurgien-major, « *ce qui [n'arrivait] jamais* ».

Dans le règlement de 1819, si un patient gravement atteint était admis après la visite du médecin ou du chirurgien, c'est le chirurgien de garde qui devait lui prescrire médicaments et régime. Sinon, il ne lui serait donné que de la tisane commune, et il lui faudrait attendre l'heure de la distribution du bouillon. Dans la réalité, le chirurgien de garde n'était jamais appelé car la sœur-maîtresse réglait elle-même le régime et la prescription de mesures antalgiques du nouvel arrivant. La raison : les médecins dénigraient les prescriptions des chirurgiens de garde.

Le chirurgien-major s'occupait de la gestion des lits, en recevant tous les matins un état des lits de chaque salle commune. Il était de son rôle de faire sortir le soir même les « *moins sérieusement malades, dans la crainte de manquer de lits pour ceux qui le seraient plus gravement* ». Même les malheureux venant de loin et admis la veille étaient mis dehors. Cela coûtait tout de même une journée d'hospitalisation, des frais de blanchissage des draps, et il était souvent difficile de les déloger une fois installés dans une salle. Ces décisions étaient parfois influencées par du favoritisme, mais permettaient l'accueil de nécessiteux gravement malades. Une fois tous les lits occupés, les admissions étaient suspendues, « *hors les cas d'urgence tels qu'apoplexie, fractures, hémorragies, etc.* ».

Une fois son admission confirmée par le chirurgien principal grâce à un billet, le patient se faisait enregistrer par un frère : nom, prénoms, profession, état civil. Il recevait alors un deuxième billet, qu'il donnait avec le premier pour être admis dans la salle commune désignée. Le patient était alors couché dans un lit, habillé par l'hôpital, un

inventaire était réalisé, et ses vêtements étaient lavés. En cas de décès, ses vêtements devenaient la propriété de l'hôpital [13] (p 130;144;187).

Il était interdit aux patients hospitalisés de sortir, sauf en cas d'affaire importante, avec la permission du médecin et pour quelques heures seulement [13] (p 150).

Les portiers jouaient un rôle très important en surveillant toute sortie des patients (et toute entrée des familles en les fouillant si nécessaire) [4] (p 87).

Certains hôpitaux avaient attribué un jour de sortie par semaine où l'on emmenait en promenade les enfants, un autre jour les vieillards, et un autre jour les indigents.

La sortie définitive et le retour à domicile était sous l'autorité du médecin, mais dans la réalité, certaines sœurs prenaient cette initiative sans accord du médecin. Cette décision n'était pas toujours facile : pour bien des maux, il n'y avait pas de signes extérieurs de guérison, et seul l'interrogatoire du patient permettait d'en décider. Certains patients pouvaient trouver un intérêt à rester hospitalisés encore quelques temps gratuitement.

Face à la difficulté de faire sortir les patients incurables et indigents, l'administration dut agir : on les força à recourir aux aides possibles ; s'ils n'en avaient pas, elle les renvoyait dans leur pays pour les étrangers, ou les plaçait dans des hospices spéciaux [13] (p 152-3).

« Evidemment, nous sortirons tôt ou tard, plus ou moins guéris, plus ou moins joyeux, plus ou moins sûrs de l'avenir, - à moins que plus ou moins vivants »

Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 38).

Les visites des familles

En 1820, les recteurs de l'Hôtel-Dieu ont été obligés de réduire les horaires des visites de 10h00 à 14h00 pour de multiples raisons [13] (p 141-2) :

- Vol de mobiliers
- Introduction d'aliments nuisibles pour les patients
- Conséquences de visites trop fréquentes pour les patients (manque de repos, inquiétude, indiscretion, rechute de la maladie, etc.)
- Distraction néfaste des médecins dans le brouhaha des patients et des familles, qui étaient questionnés en permanence

- Entrée du public les soirs hivernaux où il fait nuit

Les visites des familles étaient payantes jusqu'en 1840 : 2 centimes les jours ouvrables et 5 centimes les jours fériés. Cette pratique était jugée peu charitable (malgré son faible coût) pour des visiteurs aussi pauvres que le malade auxquels ils apportaient consolation et réconfort. Elles rapportaient tout de même 13 000 francs par an au budget de l'hôpital. Mais elle avait aussi l'avantage de limiter le nombre de visites [13] (p 143).

Au milieu du XIXe siècle, il y avait 4 jours de visite par semaine. Les visiteurs étaient fouillés à l'entrée pour éviter l'introduction de nourritures indigestes ou de boissons alcoolisées [8] (p 41).

Dans les hôpitaux parisiens, les rencontres avaient parfois lieu dans des formes de parloirs en présence d'une infirmière, et n'étaient autorisées que 2 jours par semaine pendant très peu d'heures [4] (p 86). Il ne semble pas qu'il en ait été ainsi à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les valides au travail

Dans de nombreux hôpitaux en France, les pensionnaires valides – c'est à dire les enfants, les vieillards et les aliénés – étaient mis au travail : on disait que « *les enfants commenceront à s'habituer par là à la vie laborieuse à laquelle ils sont destinés* », et les vieillards « *seront ainsi détournés des tristes pensées que doit leur causer leur position* ». Pinel juge en 1836 que les aliénés étaient abandonnés « *à une inaction stupide : il est temps qu'on apprenne à s'en servir et à profiter même de leur disposition innée à une imitation servile et coutumière, pour les faire participer plus aisément à un bien-être dont ils n'ont peut-être pas la conscience mais qui honore l'humanité* ».

Ce n'était pas le cas à l'Hôtel-Dieu. Cependant, certains convalescents aidaient les sœurs dans leur service, ce qui n'était pas sans risque, car les médecins ne désignaient pas ceux dont l'état était compatible avec tel ou tel travail. J.-P. Pointe était pour la mise au travail des pensionnaires, en précisant que « *ces travaux, bien dirigés, seront à la fois un agent de guérison de plus entre les mains des médecins, et un moyen puissant, sinon de moraliser la population que reçoit l'hôpital, au moins d'empêcher qu'elle grandisse en démoralisation* » [13] (p 155).

A l'hospice de la Charité, les enfants étaient mis au travail par les instituteurs « *pour qu'ils puissent partir en apprentissage après leur communion. Le refus du travail pour les vieillards valides, l'incapacité pour les infirmes [était] cause de renvoi* » [9] (p 25).

Les interdictions multiples et la moralité

Tous les jeux étaient interdits dans les deux hôpitaux lyonnais, hormis « *les jeux de boules et de quilles qui [étaient] autorisés à la Charité* » car elle hébergeait des enfants et des vieillards [9] (p 26).

Selon le règlement de 1819, « *Tout malade qui aura insulté les Officiers de santé, les Employés, les Frères et Sœurs, ou qui aura désobéi à la règle des infirmeries, sera puni aussitôt que l'état de la maladie le permettra ; et à l'égard des convalescents ou autres pauvres entretenus dans la maison, qui manqueront de respect aux Recteurs et de soumission aux Officiers et Employés, ou aux Frères et Sœurs, ils seront mis dans une loge à part, pour y être punis suivant le délit* » [11] (p 25). « *La mendicité et l'ivrognerie [...] [étaient] sévèrement punies* » [9] (p 26).

Il était interdit aux malades et aux convalescents de vendre ou de transmettre des aliments aux autres pensionnaires, au risque de se voir mettre à la diète, et d'être punis en cas de récidive [11] (p 26).

Le règlement de l'hôpital de 1819 stipulait que « *les malades ne pourront conserver leur argent, ni aucun de leurs vêtements [sic], à l'exception des bas ; et les sœurs des infirmeries auront soin de leur donner des habits de la maison : ils ne pourront non plus recevoir de qui que ce soit, pendant leur séjour dans l'hôpital, aucuns autres vêtements [sic] ni argent à peine de confiscation de tout au profit de la maison* » [11] (p 27).

L'article suivant spécifiait que leurs biens leur soient rendus à leur sortie, et en cas de décès, qu'ils soient d'office légués à l'hôpital.

Dans ce même règlement de 1819, c'était le rôle du Maître spirituel d'infliger les « *punitions* » qui concernait « *le temporel et le service des salles* », et le rôle du Contrôleur-économiste pour ce qui concernait « *le service et l'ordre de la communauté* » [11] (p 24). En cas de manquement au règlement, celui-ci prévoyait diverses sanctions, par exemple dans

l'ordre de gravité : « *privation de récréation, privation de vin, mise au pain et à l'eau, privation de sortie pendant un temps déterminé, salle de police [sorte de cachot], exclusion.* »

On exigeait des patients la bienséance, la propreté, le respect, l'observance dans la prise des traitements, la présence aux intentions de prière dans les salles communes si leur état le permettait [4] (p 88).

Je résistais, on m'a menacé de me renvoyer.. Il a bien fallu me décider. »

Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 176).

« Suivons bien les prescriptions, obéissons aux injonctions, [...] et réprimons toutes objections, sous peine d'expulsions. »

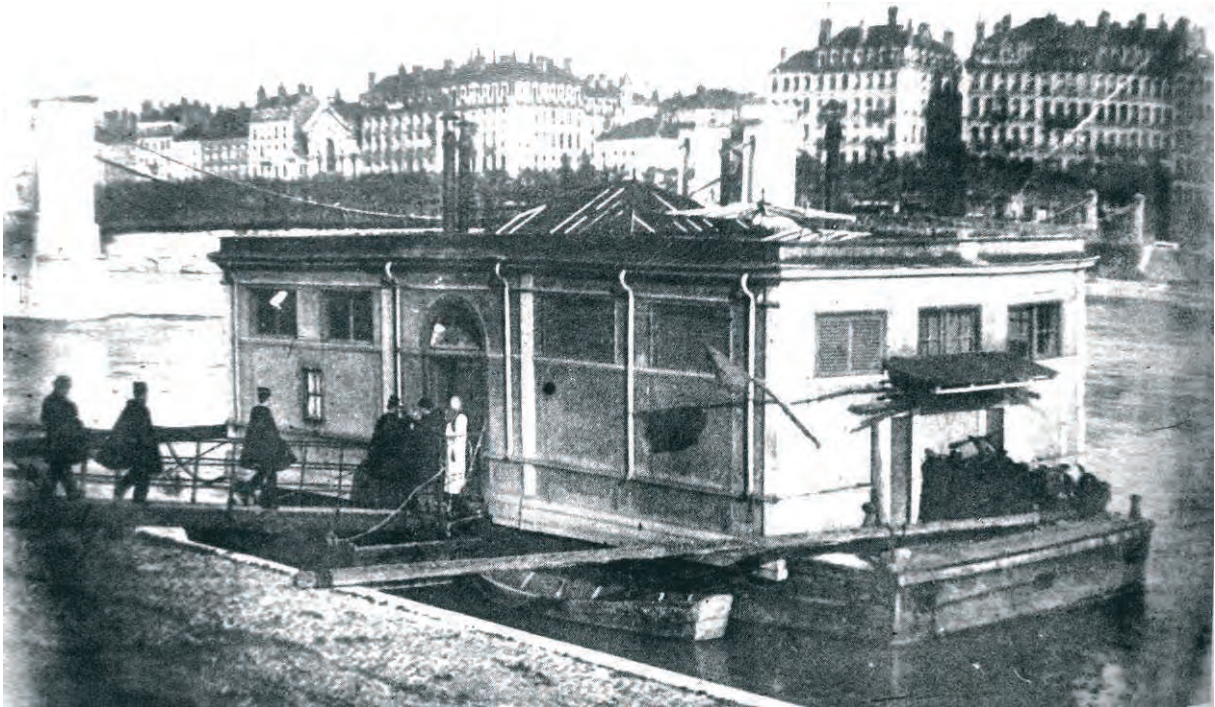
Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 38).

« Ce règlement lu et relu à toutes occasions par des surveillants, j'allais dire par des gardiens. »

Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 9).

La fin de vie à l'Hôtel-Dieu

Document 39 : « *La morgue occupait un bateau amarré en aval du pont de l'Hôtel-Dieu* ». Musée d'histoire de la médecine. Lyon. Source : A. Bouchet. *La médecine à Lyon des origines à nos jours*, 1987 [37]



Face aux progrès de la médecine, la mort devint progressivement « *un événement social intolérable, indépendamment de l'âge des individus, y compris chez classes populaires* ». Les familles acceptaient difficilement d'abandonner leurs proches pendant leurs dernières heures d'agonie alors que les règlements des visites ne permettaient pas leur présence la nuit [28] (p 252).

Dans les grandes salles communes, l'agonie et la mort d'un patient étaient vécues par tous les patients de la salle, même la nuit. Un décès entraînait bien souvent l'angoisse de celui ou celle qui était atteint de la même maladie. Certains lits provoquaient une malheureuse superstition chez les patients qui y avaient vu mourir plus d'un. Pour les patients isolés, leur crainte était celle de savoir leur corps autopsié ou disséqué après leur mort ; en plus du respect de la dignité du corps humain, l'autopsie se heurtait à la peur de la mort apparente (faute de moyens scientifiques de la constater) [28] (p 254).

Il arrivait dans certains cas que des patients supposés morts soient enterrés vivants [50] (p 329). L'organisation du "dépôt des morts", fut améliorée en ce sens :

« Durant le temps qu'ils passaient autrefois au dépôt, les cadavres étaient entassés pêle-mêle les uns sur les autres, et lorsque [...] on avait une nécropsie à faire, il était assez difficile de trouver le corps dont on avait besoin. Frappé d'un tel scandale, [...] de la crainte que cet abandon des corps ne favorisât l'inhumation d'individus qui ne seraient que dans un état de mort apparente, l'administration a depuis peu décidé [...] que les corps seraient placés isolément, chacun dans une case particulière, ayant le visage découvert et un doigt passé dans un anneau fixé à l'extrémité d'un cordon de sonnette qu'il agiterait au moindre mouvement. » [13] (p 156-7).

Avant le milieu du XIXe siècle, la morgue municipale de Lyon – qui recevait les corps non identifiés ou ceux des pauvres avant leur inhumation – était située au milieu de l'Hôtel-Dieu, dans la cour Saint-Martin. Cette situation incommodait les patients, les visiteurs, et le voisinage qui subissaient sa puanteur. L'ambiance était lugubre pour ceux qui traversaient cette cour [8] (p 45-6).

En 1853, la morgue municipale fut transférée « *sur une plate ou bateau-lavoir grossièrement aménagé pour la circonstance [...], insuffisante et [d'] installation des plus primitive* », sur le quai du Rhône en contrebas de l'hôpital. En 1856, le Rhône subit une crue telle que la « *morgue flottante* » fut emportée. Elle fut reconstruite au même endroit [50] (p 337) (Document 39).

Pourtant, en 1891, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône dont faisait partie A. Lacassagne conseilla de construire une morgue – et son service de médecine légale – sur un pont traversant le Rhône depuis la Faculté de Médecine. Les avantages étaient nombreux : proximité des professeurs et étudiants, pas de voisinage, proximité de l'église Saint-Antoine. Il conseilla aussi de numéroter les corps non identifiés, afin de pouvoir les exhumer si besoin [50] (p 352;358).

La morgue était aussi le lieu où étaient « *pratiquées les autopsies médico-légales* » en cas de mort suspecte, et où était réalisé l'enseignement de la médecine légale [50] (p 321;335). Lyon était pionnière en médecine légale et criminologie, grâce à A. Lacassagne, qui publia notamment un journal d'anthropologie criminelle de renommée mondiale [51] (p 363).

Les morts de l'Hôtel-Dieu étaient enterrés au cimetière de la Madeleine à la Guillotière [14] (p 495). En 1866, étant donné les plaintes de la population voisine, ce cimetière fut transféré à l'est vers Montplaisir [50] (p 316).

« Tout à coup il se fit [...] une sorte de tumulte et de bruit de pas précipités ; [...] une sœur de charité [...] s'approcha d'un des derniers lits de la rangée de droite. Quelques-unes des malades, éveillées en sursaut, se levèrent sur leur séant, attentives à ce qui se passait. Bientôt [...] un prêtre entra portant un crucifix... les sœurs s'agenouillèrent. [...] Une malade venait de mourir. »
Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 167).

« [...] je sais mon sort... [...] J'ai vu encore cette nuit mourir une poitrinaire dans la salle... on meurt bien doucement... »
Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 188).

« L'actrice [...] avait écrit à un monsieur qu'elle avait connu autrefois dans son beau temps et qui l'avait bien aimée [...] pour le prier de venir réclamer son corps parce que cela lui faisait mal de penser qu'elle serait disséquée... coupée en morceaux. [...] Elle est morte sans qu'il soit venu... et ce qu'elle craignait tant arrivera à son pauvre corps »
Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 170).

« L'élève, à l'aide d'un scalpel, incisa très délicatement un F et un D (François Dunoyer) sur le bras de l'actrice défunte, pour prendre possession, comme disait le docteur. Et la visite continua. »
Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 176).

« [...] il est encore pour les pauvres des misères et des terreurs même au-delà de la tombe... »
Sue E., « *Les mystères de Paris* », 1842-1843 [29] (p 188).

« Le lit que j'occupe [...] porte le numéro 27bis de la salle Seigne, a cette particularité que, de mémoire de malade, aucun de tous ceux qui y ont dormi, sauf deux ou trois originaux de qui je grossirai peut-être le nombre, n'y est pas mort. »
Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 45).

« Il était là, mon prédécesseur, quand j'entrai dans la salle. [...] Une civière dite "boîte à dominos" [...] fut apportée, on y mit le paquet, et en route pour l'amphithéâtre [d'autopsie]. Quelques instants après j'étais installé dans le "poussier" tout à l'heure mortuaire. »
Verlaine P., « *Mes hôpitaux* », 1891 [22] (p 46).

3. LES PROGRES MEDICAUX APPORTES AUX PATIENTS DE L'HOTEL-DIEU

Au début du XIXe siècle, les médecins hygiénistes étaient « *attachés aux idées hippocratiques de l'influence de l'air et de la température conditionnant l'explosion spontanée des épidémies. La lecture des discussions de la Société de Médecine de Lyon est édifiante à cet égard, [... sur] le rôle des vents, du froid, de la chaleur, dans la genèse des épidémies* ». Puis vinrent l'amélioration de l'examen clinique, le développement de l'anatomoclinique, l'application de la méthode expérimentale à la médecine grâce à Claude Bernard et les découvertes physiopathologiques associées, sans oublier l'essor de la bactériologie par Pasteur [19] (p 149).

Malgré la découverte de l'anesthésie en 1846, la première moitié du XIXe siècle fut marquée par une forte mortalité infectieuse post-opératoire. L'hôpital était considéré comme une source de contamination : « *cet asile qui promettait le soulagement et la guérison des souffrances humaines, devient un vaste foyer d'infection, où les maladies les plus légères ne tardent pas à se compliquer d'accidents funestes. On y contracte des maladies qu'on n'avait pas, et la mort exerce ses ravages dans des proportions effrayante.* » [8] (p 2).

Les découvertes de Pasteur permirent l'application de la méthode antiseptique de Lister (1865) puis de l'asepsie (1880), entraînant l'envol de la discipline chirurgicale vers des zones inexplorées, améliorée parallèlement par la découverte de la radiologie (en 1895).

3.1. La clinique et l'anatomoclinique

Document 40 : « "Inscription simultanée des pulsations du cœur et du pouls radial sur un malade" d'après Gilbert, *La Nature*, 1879. L'appareil utilisé pour cet examen est le polygraphe portable d'Etienne-Jules Marey ». Source : A. Bouchet. « *La médecine à Lyon des origines à nos jours* », 1987 [37]



Au début du XIXe siècle, l'examen clinique du patient se limitait à la prise du pouls, à l'examen des crachats et des urines. Le XIXe siècle apporta de nouveaux moyens diagnostiques.

La technique de l'examen clinique par percussion fut importée d'Autriche (découverte par Avenbrugger) en 1808 par J.-N. Corvisart (1755-1821), considéré comme le « chef de l'école clinique française », fondateur de « l'enseignement de la sémiologie » [52] (p 397). Cette méthode consiste à percuter doucement les organes creux du patient afin d'analyser leur tonalité (tympanique ou mate).

La technique de l'examen clinique par auscultation médiate fut découverte en 1816 par R.-T.-H. Laënnec (1781-1826), élève de Corvisart, permettant « de créer en quelque sorte

la pathologie pulmonaire avec son anatomie pathologique et sa symptomatologie » [52] (p 403). Auparavant, les médecins posaient l'oreille sur le patient (auscultation immédiate), « *sans grand succès* ». Laënnec inventa le stéthoscope, et publia « *De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies du poumon et du cœur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration* » (1819) décrivant tous les signes auscultatoires (râles, sibilants, crépitants, souffles...) [52] (p 404-7).

D'autres instruments vinrent enrichir les possibilités de l'examen clinique : le spéculum vaginal, vulgarisé par Récamier en 1801, l'endoscope rigide de Désormeaux pour l'urologie (1852), le laryngoscope (par Turk et Czermak vers 1850), et l'ophtalmoscope (par Helmholtz en 1850) [52] (p 496).

Le thermomètre, connu depuis le XVIIe siècle, ne fut utilisé dans la pratique médicale qu'à partir de 1870 : « *la thermométrie clinique [fut] une des conquêtes les plus importantes de la sémiologie moderne* ». Sur le plan cardiovasculaire, le sphygmographe de Marey (Document 40) permit d'enregistrer graphiquement le pouls, et le sphygmomanomètre (de von Basch, et de Potain) de mesurer la pression artérielle [52] (p 599).

Dans « *Traité inédit sur l'anatomie pathologique* » (1884), Laënnec donna une définition de l'anatomie pathologique comme étant l'anatomie « *appliquée à l'étude des ravages produits dans l'économie animale par l'état de maladie, elle nous apprend le siège des affections qui l'attaquent, nous instruit sur leur nature et nous révèle leurs causes. [...] Le but de cette science est de fournir à la médecine pratique des notions exactes sur les diverses altérations que subit le corps de l'homme dans l'état de maladie. Pour y parvenir, après avoir étudié ces altérations à l'aide des procédés anatomiques, elle décrit leurs caractères et indique les symptômes auxquels elles correspondent* » [53] (p 16). En résumé, il s'agit de « *l'ouverture des cadavres, jointe à l'observation des malades* » [53] (p 26). Laënnec décrit trois méthodes complémentaires pour classer les maladies : la méthode étiologique (selon la cause), symptomatique (selon les symptômes) et anatomique (selon les résultats de l'autopsie). Cependant, il plaçait la méthode anatomique au dessus des deux autres qui étaient « *loin d'avoir l'exactitude, la constance et la précision [...] de] la méthode anatomique* » [53] (p 24).

Corvisart (1755-1821) contrôlait « *ses diagnostics par l'autopsie* » contrairement à ses prédécesseurs, comme il l'écrivit dans « *Essai sur les maladies et les lésions organiques du*

cœur et des gros vaisseaux » (1818) : « [...] si les maladies organiques dans leur nombre et leur histoire ne sont pas encore bien connues, [...] la faute en est [...] aux médecins, qui ont négligé l'anatomie jointe à la physiologie [...] ; que cette faute a conduit nécessairement dans une autre, celle de négliger l'ouverture des cadavres ; que de là dérivent des méprises fréquentes, [...] en substituant souvent des effets à leurs causes ; en prenant les maladies les unes pour les autres » [52] (p 400).

De même, Bichat (1771-1802) critiqua aussi ce manque de pratique d'autopsie : *« C'est encore à l'oubli de l'ouverture des cadavres que l'on peut attribuer les raisonnements hypothétiques des anciens sur l'atrabile, la pituite, les âcres, etc. ; substances imaginaires qu'ils n'avaient jamais vues, mais qu'ils avaient inventées » [54] (p 3).*

A Lyon, l'anatomie pathologique ne fut enseignée qu'à partir de 1877, date de la création de la Faculté de médecine. A. Pierret, élève de Charcot, fut le premier titulaire de cette Chaire. Puis lui succéda Léon Tripier qui développa la discipline à Lyon [55] (p 315-6).

3.2. La médecine expérimentale et les découvertes physiopathologiques

Claude Bernard (1813-1878) est le père de la médecine expérimentale. Pensant que la médecine était « *destinée à être une science expérimentale et progressive* », il publia « *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* » en 1865 dans le but « *de contribuer [...] à favoriser le développement de cette médecine scientifique ou expérimentale* » [56] (p 35) que peu de médecins utilisaient à cette époque. Dans son œuvre, il n'opposait pas médecine d'observation, médecine empirique et médecine expérimentale : la médecine expérimentale « *cherche l'explication scientifique des faits que la médecine d'observation et l'empirisme ont d'abord constatés* » [56] (p 347). Cependant, l'empirisme ne doit pas rester permanent dans la pratique médicale, il « *n'en est que le premier état* » [56] (p 335).

Dans la pratique médicale du XIXe siècle, l'empirisme était un état permanent : les médecins justifiaient leur diagnostic en disant « *je ne sais pas comment ; je reconnais tel cas ; mais cela se voit* », et leur thérapeutique en répondant « *qu'ils ne sauraient le dire exactement, et que d'ailleurs ils n'étaient pas tenus d'en rendre raison, puisque c'était leur tact médical et leur intuition qui les dirigeait* » [56] (p 339), telle « *une sorte de science infuse* » [56] (p 355). Claude Bernard jugeait comme fausse l'idée que la médecine était un art et non une science, que le médecin était un artiste et non un scientifique. Pourtant, il ne contestait pas le fait que « *l'habitude peut donner une sorte de connaissance empirique des choses capable de guider le praticien* » [56] (p 356-7) car la pratique médicale fait intervenir « *une foule de questions d'ordre social et extra-scientifiques* » [56] (p 359). Par ailleurs, la pratique médicale était telle qu'un médecin devait mêler empirisme et expérimentation, car « *dans l'état actuel de la science, on comprend si peu de chose [...], que, pour être logique, le médecin expérimentateur se trouverait réduit à ne rien faire et à rester le plus souvent dans l'expectation que lui commanderaient ses doutes et ses incertitudes* » [56] (p 367). Il fallait donc que le médecin fusionne ces deux points de vue : empirisme et expérimentation, de façon « *raisonnée* » [56] (p 368).

Claude Bernard influença de nombreux chercheurs étrangers, plaçant la physiologie française comme modèle pour les écoles de physiologie en Angleterre et aux Etats-Unis [57]

(p 24-5). Parmi ses élèves en France, on peut évoquer Paul Bert, Arsène d'Arsonval, Albert Dastre, Etienne-Jules Marey, Louis Ranvier, et les vétérinaires lyonnais Auguste Chauveau et Saturnin Arloing [57] (p 27-30).

Selon Claude Bernard, « *la base scientifique de la médecine expérimentale est la physiologie* » [56] (p 346). Or, d'après L. Meunier dans « *Histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'à nos jours* » (1911), les progrès réalisés dans ce domaine au XIXe siècle furent « *étonnants et prodigieux* » [52] (p 471). Tous les systèmes furent étudiés.

A Lyon, on peut citer R. Lépine (1840-1919) et ses travaux sur le diabète : cette maladie, connue depuis le XVIIe siècle par sa glycosurie, devint une pathologie pancréatique à la fin du XIXe siècle grâce aux travaux de Lancereaux, puis de Lépine [52] (p 553).

Concernant la physiologie cardiaque, les lyonnais A. Chauveau (vétérinaire et physiologiste) et L. Lortet (médecin et scientifique) étudièrent la vitesse de la circulation sanguine [52] (p 484). L. Bouveret (1850-1929) fut le premier à décrire la « *tachycardie essentielle paroxystique* » en 1889 (maladie de Bouveret). Il publia ses travaux sur la neurasthénie, « *maladie encore peu connue en France* » en 1891. Enfin, il eut une reconnaissance mondiale avec son « *Traité des maladies de l'estomac* » (1893), dans lequel il décrit le syndrome de Bouveret (obstruction de l'estomac ou du duodénum par un calcul biliaire ayant migré à travers une fistule bilio-gastrique ou bilio-duodénale). Selon sa nécrologie parue dans *Lyon Médical*, « *Bouveret était passionné pour les progrès de la chirurgie et il a beaucoup poussé aux diverses interventions qui se pratiquent couramment à l'heure actuelle sur le tube digestif* » [58] (p 282-3).

Pour la chirurgie, la méthode expérimentale fut employée par L. Ollier dont ses travaux suivant cette méthode permirent d'établir le rôle du périoste dans l'ossification, la croissance et la régénération osseuse, ce qui lui valut une reconnaissance internationale [52] (p 491-2).

3.3. Les avancées chirurgicales

Au cours du XIXe siècle, les patients bénéficièrent d'un essor de la chirurgie. Certains chirurgiens-majors de l'Hôtel-Dieu excellèrent dans un domaine précis, jusqu'à la reconnaissance mondiale.

Les spécialités chirurgicales n'étaient pas encore individualisées au XIXe siècle. Pourtant, certains chirurgiens lyonnais se spécialisèrent en chirurgie osseuse. Le terme "chirurgie orthopédique", qui apparut en 1860, ne concernait initialement que la prise en charge des enfants atteints de malformations osseuses congénitales (l'orthopédie étant littéralement « *l'art de rendre les enfants droits* » [59] (p 266)).

Selon L.P. Fischer, « *Lyon eut un rayonnement important en chirurgie osseuse* » avec une reconnaissance internationale, grâce à J. Gensoul, A. Bonnet, F.M. Barrier et L. Ollier [59] (p 265-6).

Joseph Gensoul (1793-1858), qui était chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de 1826 à 1831, « *s'illustra en réussissant la première résection du maxillaire supérieur en France, avant l'anesthésie* » [59] (p 266), alors qu'il était encore aide-major sous l'autorité du chirurgien-major Janson [23] (p 127).

Amédée Bonnet (1809-1858), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de 1838 à 1843, est considéré comme le fondateur de l'« école orthopédique lyonnaise » : précurseur de la chirurgie conservatrice par résection articulaire et du traitement des infections articulaires (ponction articulaire, injection d'iode, cautères). Il voulait conserver les fonctions physiologiques en évitant de faire subir une amputation aux patients. Il travailla sur la prévention des attitudes vicieuses, et fit construire de nouveaux appareils d'immobilisation et de rééducation [60] (p 454). Bonnet opérait aussi le strabisme, les pieds-bots ou les resserrements de mâchoire en sectionnant certains tendons ou muscles, comme il l'expliqua dans son « *Traité des sections tendineuses et musculaires* » (1841). En 1845, il publia « *Les maladies articulaires* », puis « *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* » (1853), œuvre qui reçut un tel succès qu'il voyagea à travers l'Europe pour dispenser son enseignement dans les sociétés de chirurgie [60] (p 451).

François Marguerite Barrier (1813-1870), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de 1850 à 1856, poursuivit l'œuvre de Bonnet, tout en se spécialisant envers les enfants. En 1859, il reçut une certaine reconnaissance lors du succès d'une opération de rupture de l'ankylose de la hanche chez une enfant proche de famille d'Alexandre II de Russie [23] (p 148).

Léopold Ollier (1830-1900) était chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de 1863 à 1878. Selon L.P. Fischer, « *Ollier est connu sur le plan mondial comme étant un des pères de la chirurgie osseuse moderne par ses recherches et son enseignement [..]* » [59] (p 265). En effet, il appliqua la méthode expérimentale dès 1850 – sous le parrainage de Claude Bernard – pour prouver le rôle du périoste dans la régénération osseuse [61] (p 12;47). Il s'illustra comme « *le premier vrai modèle de la chirurgie expérimentale* » [59] (p 266). Il publia l'œuvre de sa vie dans « *Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux* » (3 volumes, 1885-1891) et dans « *La régénération des os et les résections sous-périostées* »(1894). Digne successeur de Bonnet dans le domaine de la chirurgie osseuse conservatrice (résection articulaire ou sous-capsulo-périostée), Ollier attachait de l'importance au résultat fonctionnel et esthétique de ses interventions ; c'est pourquoi il avait l'habitude de suivre ses patients jusqu'à trois mois après l'intervention (ce qui était rare à cette époque) dans le but de tirer les observations nécessaires à de nouvelles recherches [61] (p 14). Par ailleurs, il fonda la chirurgie réparatrice en réalisant les premières greffes autoplastiques dermo-épidermiques ; il étudia les cancers osseux et donna son nom à la dyschondroplasie (maladie d'Ollier) [59] (p 266). A Ollier succéda ses élèves qui, une fois chirurgiens-majors, continuèrent de porter haut la chirurgie osseuse : Gandolphe, Vallas et Jaboulay [59] (p 268).

Quant à la chirurgie viscérale, elle connut un développement à partir de la fin du XIXe siècle seulement, avec la découverte des méthodes d'asepsie (1880). Parmi les chirurgiens-majors qui se démarquèrent dans ce domaine, on doit citer A. Poncet et M. Jaboulay.

Antonin Poncet (1849-1913), chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu à partir de 1887, étudia la chirurgie des goîtres thyroïdiens, puis la chirurgie des voies urinaires. Il pratiqua pour la première fois en 1891 une urétrostomie périnéale (abouchement de l'urètre au périnée) dans le cadre d'un prostatisme avancé. Il fut parmi les premiers en France à recommander l'appendicectomie en cas d'appendicite aiguë [23] (p 188). Lors de l'assassinat à Lyon du président Carnot en 1894, Poncet se trouva démuni face à une plaie hépatique dont le

tamponnement n'arrêtait pas l'hémorragie : on ne connaissait pas encore la suture des vaisseaux [62] (p 280).

Mathieu Jaboulay (1860-1913), dernier chirurgien-major en titre de l'Hôtel-Dieu de 1895 à 1903, fut à l'origine de grandes avancées chirurgicales. Suite à ses travaux concernant la suture artérielle sur l'animal, le maître d'Alexis Carrel (1873-1944) est considéré comme le précurseur des greffes d'organe. Jaboulay fut à l'origine des débuts de la neurochirurgie lyonnaise dès 1889 (évacuation d'hématomes sous-duraux, d'abcès du cerveau, exérèse d'un gliome frontal, de kystes cérébraux) [63] (p 294). Sur le plan digestif, il pratiqua dès 1891 de grandes interventions (cholécotomie, cholécysto-gastrostomie, cholécysto-entérostomie, jéjuno-duodénostomie) et notamment, il réalisa la première amputation inter-ilio-abdominale pour une volumineuse tumeur du bassin (publiée en 1894). Il inventa le fameux bouton de "Jaboulay" pour réaliser mécaniquement, rapidement et avec fiabilité des anastomoses digestives. Il publia le célèbre « *Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde* » en 1900 [23] (p 207-8) [64] (p 45-6).

3.4. L'anesthésie - 1846

Document 41 : « Appareil pour l'administration du chloroforme, de Raphaël Dubois de Lyon, construit selon les principes de Paul Bert par l'ingénieur Tatin. La manœuvre très simple de cet appareil, utilisé dès 1884, consiste en un mouvement alternatif de va-et-vient à imprimer à une bielle. Il permet de réaliser des mélanges exactement titrés, qui se reconstituent à mesure qu'ils se débitent dans le système respiratoire du sujet ». Musée Claude Bernard à Saint-Julien. Source : A. Bouchet. « La médecine à Lyon des origines à nos jours », 1987 [37]



Avant la découverte de l'anesthésie, le patient à opérer était souvent alcoolisé, et immobilisé « *par des entraves résistantes et des aides [opératoires] solides* » [65] (p 5). Il existait quelques procédés plus ou moins efficaces pour limiter la douleur : l'opium, la perte de connaissance par compression carotidienne, la compression des racines nerveuses, l'application de froid, et l'hypnose [65] (p 132-3).

Les chirurgiens devaient agir « *avec promptitude et sans hésiter* » comme le disait le chirurgien parisien Alfred Velpeau (1795-1867), car selon lui, « *éviter la douleur est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui* » A. Velpeau, « *Nouveaux éléments de médecine opératoire* » (1839) [65] (p 8-9).

Pour exemple, à Lyon, M.-A. Petit (1766-1811) et ses élèves réalisaient une amputation de jambe en moins d'une minute, et J. Gensoul (1797-1858) pouvait « *retirer un maxillaire supérieur en deux à trois minutes* » [23] (p 285). Mais dans la majorité des cas, il s'agissait de petites chirurgies rapides [66] (p 22).

L'éther et le protoxyde d'azote était déjà connu au début du XIXe siècle et utilisé dans les foires ou les soirées mondaines comme stupéfiants [65] (p 10).

L'anesthésie générale par inhalation d'éther fut découverte et expérimentée aux Etats-Unis entre 1841 et 1846 par le dentiste W. Morton (1819-1868). La première expérience chirurgicale concluante fut réalisée en octobre 1846. Cette découverte arriva en France grâce à J.-F. Malgaigne (1806-1865) qui publia un communiqué le 12 janvier 1847. Quelques jours plus tard à Lyon, **Amédée Bonnet** (1809-1858) chirurgien de l'Hôtel-Dieu publia le résultat de ses opérations sous anesthésie à l'éther, soit 3 mois seulement après la première de Morton [65] (p 11-3).

Le chloroforme, découvert en 1831, fut utilisé comme anesthésiant, à l'image de l'éther, en janvier 1847 par J. Simpson en Angleterre [65] (p 52).

Il fallut attendre 1883 pour voir les travaux du lyonnais C. Martin (1843-1911) mettre en avant l'utilisation du protoxyde d'azote comme anesthésiant [65] (p 105).

Mais la pratique de l'anesthésie générale était balbutiante, incertaine et expérimentale. Elle suscitait de nombreux débats dans les sociétés savantes, à la fois sur son intérêt et sur le gaz à utiliser.

En février 1847, à l'Académie des Sciences, lorsque Velpeau fit le compte-rendu de son expérience à ce sujet, F. Magendie (1783-1855) s'insurgea en tant que médecin

physiologiste : « *Ce que je vois de plus certain dans tout cela, c'est que les chirurgiens font des expériences sur l'espèce humaine [...]. On expérimente sur des hommes un moyen que peut-être dans trois mois n'emploiera-t-on plus. [...] Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des sciences ?* » Travaux académiques de l'Académie des Sciences, séance du 1er février 1847, *Gazette médicale de Paris* [65] (p 38).

Entre le chloroforme et l'éther, deux écoles s'opposèrent pendant de nombreuses années. Les parisiens préféraient l'utilisation du chloroforme [65] (p 74), « *encore plus puissant et plus sensible que l'éther* » [65] (p 52), qui « *bien donné, ne tue jamais* », malgré les complications parfois létales qu'il entraînait [65] (p 74). A Lyon, la position n'était pas aussi tranchée : l'éther qui était plus lent à agir, mais moins dangereux était utilisé plus fréquemment. Cependant, on utilisait le chloroforme pour les interventions courtes, chez l'enfant et en obstétrique, avec prudence [65] (p 97). J.-P. Pétrequin (1810-1876), à la fin de son majorat en 1849, se réjouissait « *d'avoir assisté à la découverte de l'anesthésie, et d'avoir démontré la supériorité de l'éther sur le chloroforme* » [16] (p 80). Il s'avère que Lyon avait raison [23] (p 286).

Il est à noter que l'anesthésie était pratiquée par le chirurgien lui-même [65] (p 29). Puis, ils se déchargèrent de cette tâche sur une sœur hospitalière ou un interne, car aucun médecin n'était spécialisé en anesthésie [67] (p 401).

Tout au long du XIXe siècle, l'appareillage d'anesthésie par inhalation se perfectionna grâce aux chirurgiens. Allant du coton imbibé, aux inhalateurs mécaniques (flacon contenant le liquide anesthésiant dont un tuyau récupérait les vapeurs, dit "de Bonnet et Ferrand"), en passant par les appareils à air confiné (sac étanche contenant les vapeurs, dit "de Poncet" ou "la blague à tabac d'Ollier") [65] (p 58;65) (Document 41).

Il en fut de même pour l'anesthésie locale, où de nombreux procédés furent expérimentés, notamment en utilisant l'éther, le chloroforme ou le chlorure d'éthyle à l'état liquide sur la peau, du fait de leur pouvoir réfrigérant [65] (p 146).

L'anesthésie locorégionale apparut en 1884, en ophtalmologie, grâce à l'instillation de goutte de chlorure de cocaïne, puis en orthopédie grâce à l'injection dans les plexus nerveux (M. Jaboulay en 1900) [65] (p 147-8).

La première rachianesthésie en France fut pratiquée à Lyon en 1899 par M. Jaboulay (1860-1913), à base de cocaïne, avec un résultat peu encourageant [65] (p 150).

La première anesthésie intraveineuse, à base d'hydrate de chloral (un barbiturique), fût pratiquée par C. Oré, en 1874 à Bordeaux, mais n'apparaît que bien plus tard à Lyon [65] (p 158).

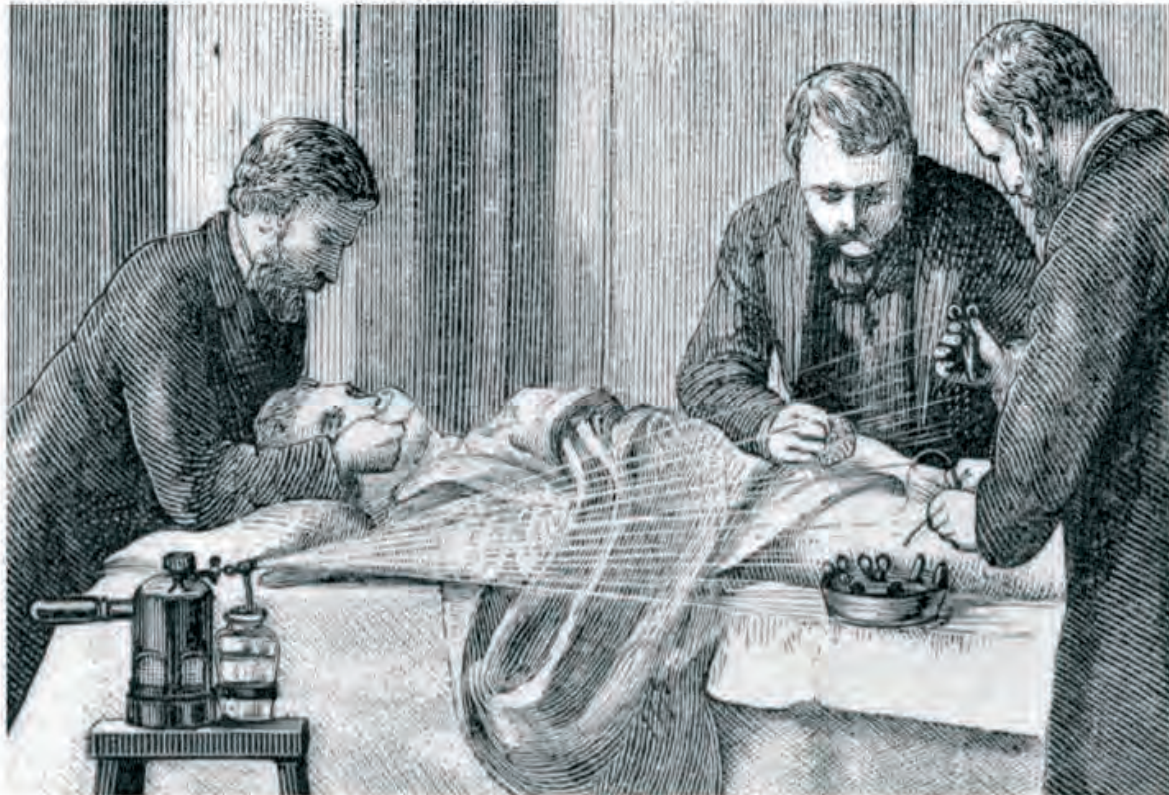
Dès 1894, A. Poncet souligna la nécessité de libérer les voies aériennes « *dans [les] anesthésies avec mort apparente* », ou du moins, de se tenir prêt à réaliser une trachéotomie, car l'intubation à proprement parler n'arriva que plus tard [65] (p 155-6).

L. Ollier (1830-1900) parlait ainsi de l'anesthésie : « *Si les anciens opérateurs devaient se préoccuper de faire vite, nous n'avons aujourd'hui que la pensée de faire bien. Le temps ne compte plus...* » [68] (p 16).

L'anesthésie permit d'accéder à de nouvelles zones d'exploration chirurgicale comme l'abdomen. Cependant, la mortalité infectieuse post-opératoire restait très importante tant les conditions d'hygiène manquaient. Il fallut attendre 1865 pour voir apparaître les débuts de l'antisepsie puis de l'asepsie.

3.5. L'antisepsie - 1865

Document 42 : « Lister opérant sous la vaporisation d'acide carbolique en 1867 ».
Collection BIU Santé Paris.



L'antisepsie est la lutte contre les micro-organismes sur le corps humain, par exemple une plaie, un site opératoire, etc. C'est une pratique curative.

Dans sa thèse « *L'avènement de l'asepsie* » (1988) [66], R. Gudéfin reprend des citations de plusieurs chirurgiens de la fin du XIXe siècle (L.H. Farabeuf, M. Jaboulay, E. Quenu) décrivant la chirurgie avant l'antisepsie : les salles d'opérations manquaient de lumière ; on préférait opérer les malades à domicile pour éviter l'insalubrité de l'hôpital ; les chirurgiens opéraient en costume de ville, parfois sans relever leur manche, ou sinon, dans le but de ne pas les salir ; les chirurgiens ne se lavaient pas les mains avant, mais après l'opération pour les nettoyer car ils opéraient sans gants ; les instruments chirurgicaux étaient entreposés sans soin dans des vitrines et donnés tels quels au chirurgien pendant

l'opération ; les éponges pour absorber les saignements étaient d'origine animale, simplement lavées au savon et réutilisées jusqu'à usure ; la peau du patient était lavée à l'eau tiède à laquelle on ajoutait quelque préparation chimique inefficace ; les fils à suture étaient cirés pour mieux coulisser, et sortaient tout droit des poches ou des boutonnières des aides opératoires ; les plaies n'étaient pas nettoyées, et on y apposait toute sorte de pommades, baumes, onguents, et charpies absorbantes [66] (p 21).

Face à la mortalité infectieuse post-opératoire, certains chirurgiens étaient découragés : d'un côté l'opération conduisait à une suppuration mortelle, et de l'autre, l'absence d'opération conduisait à l'évolution fatale de la maladie. Certains chirurgiens ne voulaient plus opérer [66] (p 23), considérant que « *toute incision de la peau était une porte ouverte vers la mort* » M. Terrillon, « *L'asepsie. Etude documentaire et bibliographique sur l'asepsie chirurgicale* » [66] (p 25). La septicémie portait toutes sortes de noms : "pyohémie", "pourriture d'hôpital", "sepsine", "fièvre putride", etc. [66] (p 23).

Ainsi, en dehors de l'anesthésie, la chirurgie de la 1^{ère} moitié du XIXe siècle était identique à celle du XVIIIe siècle [66] (p 40) ; c'était la période de la chirurgie dite "septique".

Il fallut attendre les travaux du chimiste parisien Louis Pasteur (1822-1895), démontrant l'existence des germes en 1857, et quelques années plus tard, la contestation de la théorie de la génération spontanée (1863).

Le chirurgien anglais Joseph Lister appliqua les découvertes de Pasteur à la chirurgie et inventa une méthode antiseptique en 1865 à base d'acide phénique (substance bactéricide déjà utilisée dans les égouts pour combattre les émanations fétides). Cela consistait à asperger la plaie d'acide phénique pur, à faire tremper dans l'acide phénique les instruments chirurgicaux et les mains des opérateurs, et enfin à appliquer un pansement phéniqué sur la plaie. En 1870, il inventa le système antiseptique qui lui donna une renommée mondiale : "le spray", appareil à vapeur pulvérisant de l'acide phénique sous forme de brouillard dans l'atmosphère de la salle d'opération (Document 42). L'application de sa méthode permit, en deux ans seulement, de diminuer la mortalité ses patients amputés de 45,5% à 15% [66] (p 32-5).

La méthode listérienne fut introduite en France en 1869, et généralisée à partir de 1875 [66] (p 36).

A Lyon, avant Lister, certains chirurgiens avaient déjà essayé différentes méthodes antiseptiques, et ce dès le milieu du XVIIIe siècle avec Claude Pouteau, puis au XIXe siècle avec Pétrequin, Valette, Ollier, Létievant et Fochier.

Claude Pouteau (1724-1775), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, avait déjà conscience du mode de contamination par contact en 1750. Contre cela, « *il faisait passer ses instruments par le feu, il demandait de se laver les mains et réclamait des pansements ébouillantés, lessivés et non pas simplement lavés, pansements manipulés par des mains propres en dehors de l'hôpital, et n'ayant pas traîné à l'hôpital* »[69] (p 69).

J.-P. Pétrequin (1810-1876) avait essayé différentes solutions caustiques, ainsi que la teinture d'iode.

En 1855, **D. Valette** (1821-1876) utilisait de l'alcool camphré et une solution phéniquée dix ans avant Lister. Convaincu de la transmission des germes par l'air, il inventa un système « *aéropastique* » qui immergeait le moignon du patient amputé dans une caisse étanche avec une circulation d'eau et d'antiseptique dont le résultat était spectaculaire.

Son successeur **L. Ollier** (1890-1900), qui se spécialisa en chirurgie osseuse, porta une grande attention à l'antisepsie : il essaya diverses solutions détersives, la méthode de Lister « *sans grand enthousiasme* », et un pansement inamovible en 1873 « *dont les résultats furent désastreux* ». Il reprit alors la méthode de la caisse étanche de Valette en 1878, sous forme d'un pansement sous verre permettant de surveiller l'évolution de la plaie, mais sa réalisation complexe l'obligea à l'abandonner.

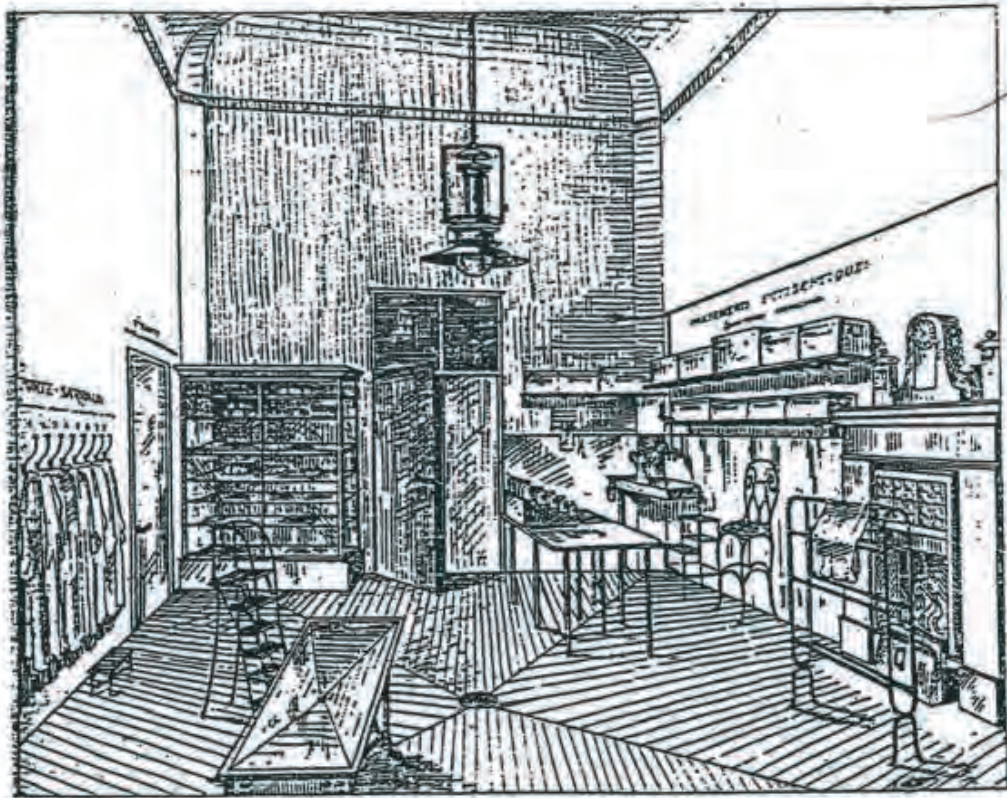
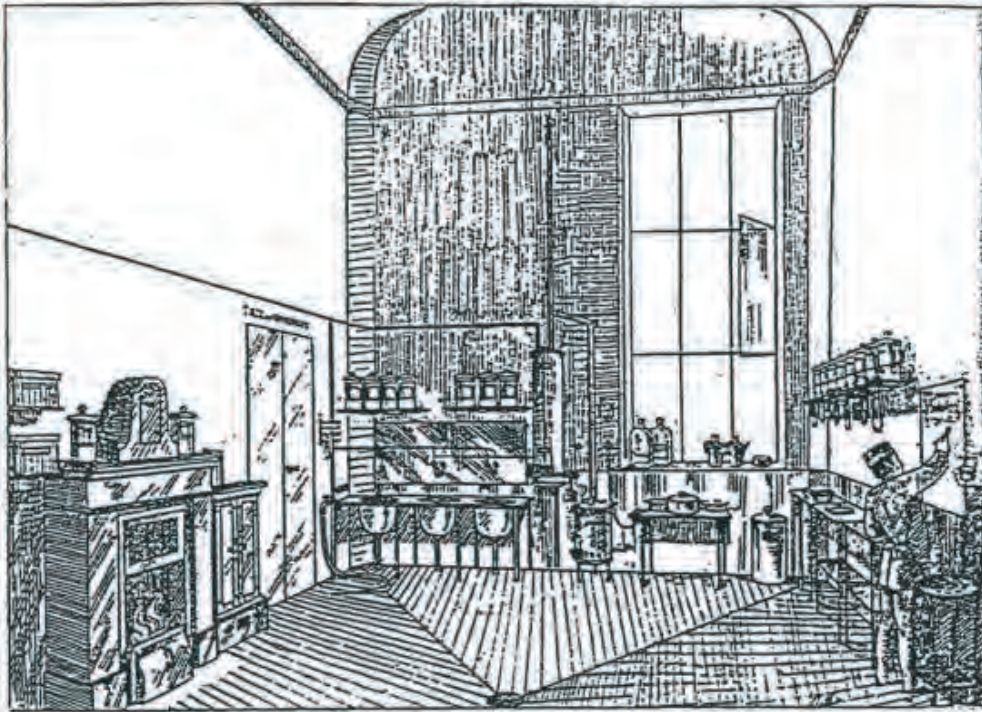
J. Létievant (1830-1884) alla jusqu'à faire un séjour à Londres auprès de Lister en 1875. A son retour, il contesta la thèse de l'air contaminant, au profit de la contamination par contact direct. Il appliqua la méthode listérienne et l'imposa à tous ses collègues. Cela permit d'éradiquer les épidémies de septicémie de l'Hôtel-Dieu à partir de 1875, et de sauvegarder l'hôpital jugé infecté.

Ollier finit par adopter la méthode de Lister en 1880 lorsque A. Poncet (1849-1913), chirurgien viscéral, l'ait faite admettre par l'Administration des H.C.L. Grâce à l'antisepsie de Lister, la mortalité dans le service de Ollier diminua de 80% à 20% [16] (p 82), [23] (p 288).

Néanmoins, l'acide phénique n'était pas satisfaisant : la mortalité post-opératoire restait encore élevée, et cet agent chimique irritait les yeux et la peau des patients et des chirurgiens. Mais quelques années suffirent pour voir l'avènement de l'asepsie (1880).

3.6. L'asepsie - 1880

Document 43 : « Salle d'opération d'Antonin Poncet à Lyon (1888) lavée tous les jours avec jet sous pression ». Source : L.P. Fischer. « Les premières salles d'opérations dites aseptiques après Pasteur », 1999 [69]



L'asepsie est la suppression des micro-organismes sur une surface, par exemple un instrument chirurgical, une compresse, la peau, etc. C'est un synonyme de stérilisation. C'est une pratique préventive, alors que l'antisepsie est curative. Mais dans les écrits anciens, le terme "antisepsie" remplace parfois celui "d'asepsie", à tort.

Pasteur n'étant pas chirurgien, il tint un discours devant l'Académie de Médecine de Paris en 1878 qui responsabilisa (ou culpabilisa) les chirurgiens sur le risque de contagion [66] (p 42).

« Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, pénétré comme je le suis des dangers auxquels exposent les germes des microbes répandus à la surface de tous les objets, particulièrement dans les hôpitaux, non seulement je ne me servais que d'instruments d'une propreté parfaite, mais après avoir nettoyé mes mains avec le plus grand soin et les avoir soumises à un flamage rapide, ce qui n'expose pas à plus d'inconvénients que n'en éprouve le fumeur qui fait passer un charbon ardent d'une main dans l'autre, je n'emploierais que de la charpie, des bandelettes, des éponges, préalablement exposées dans un air porté à la température de 130 à 150° ; je n'emploierais jamais qu'une eau qui aurait subi la température de 110 à 120°[...]. De cette manière, je n'aurais à craindre que les germes en suspension dans l'air autour du lit du malade ; mais l'observation nous montre chaque jour que le nombre de ces germes est, pour ainsi dire, insignifiant à côté de ceux répandus dans les poussières à la surface des objets ou dans les eaux communes les plus limpides. » [69] (p 69).

L'idée de stériliser par la chaleur vint des expériences menées par Pasteur en 1874. Il inventa alors le premier stérilisateur à chaleur sèche nommé "four Pasteur", qui consistait en un cylindre métallique dans lequel on transférait un air chauffé par un brûleur à gaz sur les instruments déposés dans le four. Ce fut « *la naissance de l'esprit bactériologique en chirurgie* » [66] (p 44;46) qui s'opposait aux conceptions anciennes de l'antisepsie.

Les expériences prouvèrent que le bain antiseptique de Lister n'était pas suffisant [66] (p 51). La stérilisation par la chaleur prit alors son essor. Il s'agissait au début de faire bouillir le matériel (instruments, compresses, fils à suture) dans de l'eau à 100°C, ou dans du carbonate de soude à 104°C. Cette méthode avait l'avantage d'être simple et peu coûteuse. Cependant, son pouvoir stérilisateur n'était pas absolu, car certains germes et leurs spores résistaient à ces températures [66] (p 54-7).

En 1879, l'autoclave fut inventé par C. Chamberland (élève de Pasteur) : la technique de stérilisation utilisait la chaleur humide sous forme de vapeur d'eau sous pression [66] (p 63).

Mais ces étuves sèches ou humides étaient coûteuses (parfois achetées par le chirurgien lui-même). De plus, les instruments chirurgicaux stérilisés rouillaient, se décollaient voire même éclataient. Ceci retarda l'utilisation des stérilisateur dans la pratique quotidienne avant que les instruments chirurgicaux ne soient améliorés (pièce unique, en métal totalement nickelé) [66] (p 61-4).

A Lyon en 1883, le professeur Léon Tripier (1842-1891), élève de Pasteur, créa un autoclave à bain d'huile sur les conseils du vétérinaire Arloing. Mais étant donné l'odeur et les vapeurs qui s'en dégagent, il finit par utiliser celui de Chamberland [69] (p 70).

A partir de 1887, le nombre d'autoclave augmenta. On stérilisait les compresses, la ouate (qui remplaçait les éponges non stérilisables), et les fils à suture, le tout rangé dans des boîtes métalliques hermétiques [66] (p 73). Les fils à suture devinrent ainsi le premier matériel stérile à usage unique, mais un problème persistait pour la stérilisation du catgut qui était souvent utilisé pour sa propriété résorbable [66] (p 86).

L'eau devait aussi être stérilisée pour le lavage du péritoine. Chamberland inventa sur les conseils de Pasteur, un système de filtre en porcelaine pour éliminer les impuretés de l'eau, puis l'eau était bouillie (1884). Mais devant l'insuffisance de cette méthode démontrée par L. Tripier en 1887, on stérilisa l'eau dans les étuves, ou on récupéra l'eau des autoclaves à vapeur via un condensateur [66] (p 88-9).

La question se posa pour la stérilisation de la peau qu'on ne pouvait évidemment pas soumettre à la chaleur.

Concernant les mains des chirurgiens – après de multiples méthodes antiseptiques, remplaçant l'acide phénique par du sublimé ou de l'alcool, et différentes codifications de lavage et brossage – des travaux scientifiques montrèrent que les mains n'étaient pas stérilisables [66] (p 93-102). Les chirurgiens se lavaient donc les mains plusieurs fois au cours des interventions dans les solutions antiseptiques, et utilisaient des compresses stériles pour toucher des objets stériles [66] (p 103). Certains chirurgiens portaient des gants non stériles pour se protéger des effets toxiques de l'acide phénique. Néanmoins, il fallut attendre 1897 pour voir les premiers gants de coton stérilisables, et 1899 pour les gants en caoutchouc de Chaput qui étaient à la fois stérilisables et imperméables. Cependant, leur utilisation n'était pas systématique [66] (p 130-2). Il en fut de même pour le masque, le sarrau et le calot [66] (p 137). A Lyon, on utilisait la blouse blanche à manche courte et les bottes en caoutchouc de Poncet.

Concernant les patients, le rasage du champ opératoire fut rapidement admis comme nécessaire à l'asepsie à partir de 1890 [66] (p 113-5). Le patient était lavé dans un bain, puis la zone à inciser était frottée énergiquement si l'opération était considérée comme septique, et enfin désinfectée avec une solution antiseptique. Certains chirurgiens faisaient appliquer un pansement antiseptique pré-opératoire sur cette zone pendant plusieurs jours avant l'opération.

L'utilisation du spray phéniqué de Lister perdit son usage avec l'amélioration des méthodes aseptiques dès 1885 [66] (p 112).

En France, c'est à Antonin Poncet (1849-1913), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon qu'on doit la **première "salle d'opération aseptique"** construite en 1888-1889 (Document 43). Pour cela, il fut conseillé par son collègue L. Tripier et le vétérinaire S. Arloing, et aidé par le directeur général des H.C.L. Hermann Sabran (1837-1914). Voici les caractéristiques de la première salle d'opération aseptique de France d'Antonin Poncet :

- la salle était grande, à haut plafond et permettait sans mal d'accueillir des spectateurs, logés debout derrière une barrière métallique ;
- l'éclairage, important, était au gaz et à la lumière naturelle grâce à de grandes verrières ;
- le sol parqueté a été remplacé par du ciment, les murs étaient recouverts de plaques de verre reliées au sol par une courbure ne permettant pas de recoin ;
- le sol était parcouru de rainures permettant l'évacuation de l'eau - mélangée à un antiseptique - qu'on projetait sous pression sur le sol et les murs ;
- des lavabos avec de l'eau stérile (bouillie) et des autoclaves permettaient le lavage des mains et la stérilisation des instruments, linges, compresses, fils de soie, etc. ;
- les placards furent remplacés par des étagères en verre, et les meubles de bois par des meubles en métal ;
- le chirurgien devait se changer avant de rentrer dans la salle : il enlevait ses habits de ville pour mettre une blouse blanche propre et une veste stérilisée par-dessus, ainsi que des bottes en caoutchouc [69] (p 72;75), [16] (p 83).

Etant donné ces exigences, cette salle avait coûté très cher, et lorsque Poncet en demanda une deuxième à l'Hôtel-Dieu – pour séparer les opérations septiques (érysipèle, phlegmon...) des opérations propres (thyroïde, traumatismes,...) – il dut attendre quelques

années. Parallèlement à l'Hospice de la Charité en 1890, le chirurgien-major Auguste Polosson (1859-1924) différenciait deux équipes chirurgicales, l'une septique, l'autre aseptique [23] (p 289).

Ainsi, comme l'écrit Etienne Destot (1864-1918) dans l'introduction de sa thèse en 1892, l'antisepsie et l'asepsie ont révolutionné l'art de la chirurgie :

« On ne saurait aujourd'hui parler de chirurgie sans associer immédiatement l'idée de l'antisepsie. [...] Elle a permis de tout oser, légitimé toutes les hardiesses et si elle est mal appliquée, les opérations les plus simples échouent entre les mains les plus habiles. [...] Mais ce ne fut pas sans lutte, [...] il fallut de longues années pour arriver à faire pénétrer complètement ces idées dans les Hôpitaux. [...] Quoi qu'il en soit, la chirurgie a subi, sous l'influence de l'antisepsie, une révolution totale et il est impossible de comparer la chirurgie d'aujourd'hui à celle d'autrefois.

Aux tableaux que nous ont laissés les anciens chirurgiens-majors des Hôpitaux, sans cesse harcelés par la crainte des érysipèles, des gangrènes, des septicémies, des pyohémies, qui tuaient les opérés, décimaient les blessés, exerçaient leurs ravages presque sur les convalescents, et paralysaient ainsi les chirurgiens les plus déterminés, l'antisepsie a opposé une sécurité opératoire presque absolue et a ouvert largement la voie à toutes les interventions modernes.

A la chirurgie radicale, a succédé la chirurgie conservatrice, aux amputations les résections partielles ou complètes. On ne peut plus juger comme autrefois de la létalité opératoire par la mortalité des amputations, leur nombre et leur gravité ont tellement diminué qu'on n'aurait qu'une très faible idée du mouvement chirurgical si on se basait sur cette seule opération.

[...] La résection du genou donnait autrefois à M. le Professeur Ollier une mortalité de 85 pour cent. Jusqu'en 1885, la mortalité se maintient à 40 pour cent, en 1888, la mortalité sur tous les cas réunis était de 7.8 pour cent, et depuis cette époque, sur 36 opérés, notre maître ne compte pas un mort.

[...] L'antisepsie a permis à la chirurgie de prendre un essor incroyable, un développement énorme, les interventions se sont multipliées d'une façon effrayante. Les chirurgies abdominale, cérébrale, hépatique, gastrique, etc. sont nées. Longtemps confinés dans la chirurgie des membres, les chirurgiens sûrs de l'immunité que leur conférait la méthode nouvelle, ont abordé des régions qui jusqu'alors étaient restées inaccessibles. [...] Laparotomie, ovariectomie, hystérectomie, gastrectomie, se répètent et se multiplient tous les jours, et les malades, outre les bénéfiques qu'ils

peuvent retirer des anciennes interventions améliorées ainsi que nous l'avons dit, bénéficient encore des opérations nouvelles qu'autrefois on n'eût pas même mises en question. » [27] (p 1-4).

« C'est un axiome banal que de dire qu'il vaut mieux prévenir que guérir l'infection. Le traitement des maladies virulentes vient tous les jours démontrer combien il est difficile, pour ne pas dire impossible de détruire les microbes quand ils ont pénétré dans l'organisme. »[27] (p 28-9).

3.7. La radiologie - 1895

Document 44 : « *Radiographie, en mars 1896, par Etienne Destot d'une résection du poignet pour arthrite tuberculeuse pratiquée par Ollier en 1879* ». Musée des Hospices Civils de Lyon. Source : A. Bouchet. « *La médecine à Lyon des origines à nos jours* », 1987 [37]



La fin du XIXe siècle fut animée par la découverte des rayons X et de ses nombreuses applications diagnostiques et thérapeutiques.

Les rayons X furent découverts le 8 novembre 1895 par le physicien allemand Wilhelm Röntgen (1845-1923) (qui reçut le premier prix Nobel de physique en 1901) : en faisant passer un courant électrique dans un tube sous vide (tube de Crookes, 1869), une lumière fluorescente apparut lorsque Röntgen dirigea le tube - de façon fortuite - vers un flacon de baryum. Il la nomma "Rayons X" du fait de sa nature inconnue, en toute humilité, car néanmoins, il put parfaitement décrire ses propriétés physiques (propagation, pouvoir de pénétration, absence de réflexion et réfraction, absence de déviation par champs électriques ou magnétiques, ionisation de l'air) [70] (p 752-5).

L'application de cette découverte fut très rapide. Röntgen lui-même constata que ces rayons traversaient les matières et imprimaient les plaques photographiques (la main de sa femme servit de cobaye). La nouvelle fut publiée le 28 décembre 1895 en Allemagne, puis dans le monde entier en quelques semaines. Le journal *Le Rappel* (Paris) du 11 janvier 1896 titra l'article "*une curieuse découverte*" (Annexe 3).

La première radiographie réalisée en France (appelée "photographies" au début), fut présentée à l'Académie des Sciences le 20 janvier 1896 par les Dr Toussaint Barthelemy (1850-1906) et Paul Oudin (1851-1923) : « *Première photographie obtenue en France. Main vivante [...]. 20 minutes de pose* » [70] (p 754).

Les premières années, le temps de pose était très long car la puissance des appareils était faible. Cependant, la technique s'améliora rapidement en quelques années, et la qualité des clichés radiologiques avec [70] (p 755-6).

A Lyon, la radiologie fut l'œuvre d'**Etienne Destot** (1864-1918). Interne à l'Hôtel-Dieu à partir de 1888 [20] (p 416), il soutint sa thèse en 1892 intitulée « *Etudes statistiques sur la mortalité dans les services de chirurgie des Hôpitaux de Lyon* » [27] : « *une thèse sur les relations entre l'avènement de l'asepsie et l'augmentation de la mortalité dans les salles de chirurgie ! [...] Il ne craignit pas, pour défendre une idée, de s'aliéner des appuis précieux* » [71] (p 75-6) en citant les noms des chirurgiens majors incriminés. A défaut de la chirurgie, Destot se forma en anatomie auprès du célèbre anatomiste Léo Testut (1849-1925) à l'Hôtel-Dieu, puis en 1893, il rejoignit le service du professeur Raphaël Lépine comme "médecin-électricien" (galvanothérapie et électrothérapie). Il avait ainsi tout le matériel nécessaire

lorsque la découverte de Röntgen sur les rayons X fut publiée. Il ne lui manquait que le tube de Crookes que lui donna Auguste Lumière (1862-1954) [20] (p 417).

Le 5 février 1896, Destot présenta ses premières "photographies Röntgen" [72] (p 70) (Document 44). Ainsi, « *la radiologie lyonnaise est née deux mois seulement après la découverte des rayons X* » [73] (p 356). « *Médecin, il entrevit un champ d'investigation immense dans lequel il s'élança avec un enthousiasme que tous se plurent à souligner. Se procurer un tube de Crookes, reconstituer les conditions de l'expérience de Röntgen ne furent pour Destot qu'un jeu* » F. Pinet, « *Cérémonie commémorative en 1960 dédiée à E. Destot* » [74] (p 956). Immédiatement, ce même mois de février 1896, il quitta le professeur Lépine et créa un laboratoire de radiologie dans une des boutiques du passage de l'Hôtel-Dieu. N'ayant pas été reçu à l'agrégation d'anatomie, il poursuivit son travail de radiologue sur les patients de l'Hôtel-Dieu - notamment grâce à Ollier et Poncet - sans pour autant que son laboratoire ne fasse partie des H.C.L. [20] (p 418) : « *Monsieur le docteur Destot se charge de faire des photographies avec des rayons Röntgen sur la demande des chefs de service. Coût 10 francs chaque photographie* » Mémorial de Mathian, économiste de l'Hôtel-Dieu, 21 novembre 1896 [20] (p 419). En 1899, il fut intégré aux H.C.L., nommé chef du "service des rayons X" à l'Hôtel-Dieu ainsi qu'à la Charité, puis de celui de l'hôpital de la Croix-Rousse en 1903 [20] (p 419).

Faire les radiographies était une chose, encore fallait-il pouvoir les interpréter. Pour cela, Destot continua ses dissections au laboratoire de Testut, et improvisa chez lui un amphithéâtre pour étudier radiologiquement des pièces de dissection. Il s'en suivit de nombreuses descriptions de fractures osseuses (poignet, radius, carpe, scaphoïde, astragale) et de leurs mécanismes ; des recherches sur le thorax et le médiastin en particulier ; sur la vascularisation des organes ; sur la physiologie du tractus intestinal ; sur la tuberculose et l'ostéomyélite. Parallèlement, il améliora ses appareils radiographiques (diminuant ainsi le temps de pose), inventa la table de radiologie à bascule, améliora même certaines techniques chirurgicales, car il était parfois appelé en salle d'opération pour réduire des luxations sous scopie [20] (p 418-9;421).

Ses recherches furent source de nombreuses présentations auprès de la Société des Sciences Médicales de Lyon, publiées dans le journal « *Lyon Médical* ». « *Non seulement [Destot] fut un des tout premiers à l'utiliser [la radiographie], mais il participa à ses progrès techniques et créa une œuvre clinique cohérente au point de vue anatomique,*

physiopathologique, diagnostique et même déjà avec des applications médico-légales » [74] (p 955) « *dans la tradition de la médecine expérimentale de Claude Bernard* » [20] (p 424).

Cependant, dès novembre 1896, soit un an après la découverte des rayons X, Destot alerta des risques de l'utilisation intensive des rayons X : « *Perte des cheveux, ulcérations de la peau qui présentent ce caractère de ne se montrer souvent longtemps après la cessation des séances de radiographies et qui s'accompagnent de plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie, montrant qu'il ne s'agit pas en somme de phénomènes assimilables à ceux observés dans les insolation ou coup de chaleur, mais semblant se rattacher à de véritables troubles névrotrophiques. L'ulcération, sa profondeur qui atteint les couches profondes du derme, la pigmentation des cicatrices, les troubles du côté de la sensibilité plaident en faveur de cette opinion* » [Lyon Médical, vol.83, n°47, p.397-433, nov.1896, p.414]. Destot en fit les frais : atteint d'une radiodermite sévère des mains, il dut subir une amputation de plusieurs doigts qui mit fin à sa carrière en 1913 [74] (p 957).

Hormis les progrès diagnostiques et thérapeutiques qu'apportèrent la radiologie, les patients de l'hôpital purent tirer profit de cette découverte, d'un point de vue médico-légal : « *Depuis neuf ans les experts étaient indécis de savoir s'il y avait ou non fracture du col de l'astragale chez un pauvre diable qui soutenait ne pas pouvoir se servir de son membre et qu'on avait tenté de prendre pour un simulateur. La radiographie a nettement montré la fracture* » [Lyon Médical, vol. 84, n°8, p.255-91, fév.1897, p.272]. Mais aussi pour éviter des opérations chirurgicales parfois inutiles : « *M. Ollier dans deux cas a enlevé l'astragale fracturé, mais l'articulation était largement ouverte, le diagnostic était facile. Chez un autre malade, en raison de douleurs tenaces, il avait soupçonné une fracture ; l'opération confirma le fait* » [Lyon Médical, vol. 85, n°23, p.179-215, juin.1897, p.195].

Liste non exhaustive de publication d'Etienne Destot entre 1896 et 1904 :

- Densité osseuse, raréfaction du tissu osseux (ostéoporose) et Radiotransparence du cal osseux [Lyon Médical, vol.83, n°47, p.397-433, nov.1896, p.413]
- Etude de la vascularisation des organes grâce à la radiographie couplée à l'injection de liquide métallique dans la circulation artérielle (avec Léon Bérard) [Lyon Médical, vol. 83, n°48, p.433-69, nov.1896, p.445] et [Lyon Médical, vol. 83, n°49, p.469-505, déc.1896, p.482]
- Diagnostic de tuberculose osseuse, ostéomyélite, rhumatisme déformant avec ostéoporose [Lyon Médical, vol.83, n°47, p.397-433, nov.1896, p.413]
- Etude sur l'utilisation thérapeutique des rayons X contre la tuberculose pulmonaire (novembre 1896)

- Etude morphologique d'une tumeur du médiastin par radiographie [*Lyon Médical*, vol. 84, n°4, p.109-45, janv.1897, p.130]
- Etude de la régénération osseuse grâce aux rayons X (avec Ollier) [*Compte rendues hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*, vol.124, p.1055-119, mai 1897, p.1070]
- Etude sur les pleurésies, collections sous-phréniques et péricardite par radioscopie [*Lyon Médical*, vol.89, n°49, p.433-69, déc.1898, p.448-9]
- Diagnostic d'anévrismes de l'aorte par radioscopie [*Lyon médical*, vol.102, n°15, p.717-77, avr.1904, p.745]
- Diagnostic précoce de tuberculose par orthodiagraphie [*Lyon médical*, vol.102, n°23, p.1113-57, juin 1904, p.1124]
- Diagnostic de sarcome [*Lyon médical*, vol.102, n°13, p.609-65, mars 1904, p.634]

CONCLUSIONS

A partir de 1802, l'Hôtel-Dieu de Lyon fut administré par les Hospices Civils de Lyon nouvellement créés permettant une remise à niveau budgétaire et une gestion tournée vers le progrès, avec l'agrandissement et la rénovation des bâtiments dès 1830, ainsi que l'amélioration progressive des conditions de vie des patients en matière d'hygiène et de confort.

Le millier de patients de l'Hôtel-Dieu étaient soignés par sept médecins, un « chirurgien-major » et un « chirurgien aide-major », tous recrutés sur concours. Leur rôle d'enseignant se faisait entre autres lors la visite quotidienne de leurs patients entourés des étudiants, n'accordant que quelques instants à chacun, sans intimité. Les patients étaient également pris en charge par les internes pour les pansements et par les « sœurs hospitalières » pour distribuer repas et remèdes, les surveiller, et s'occuper des soins d'hygiène et de l'entretien des salles d'hospitalisation. Les « frères hospitaliers » se consacraient aux travaux de force, et les aumôniers au spirituel.

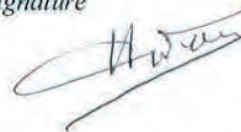
Le patient type était pauvre, ouvrier ou artisan, et domicilié dans le Rhône. Le nombre de patients payants augmenta progressivement alors que les indigents recevaient des soins gratuits, parfois dans un but purement social sans réelle pathologie. Face à cette augmentation du nombre de patients, des mesures furent prises pour limiter les hospitalisations et espérer diminuer la durée de séjour, l'Hôtel-Dieu se consacrant uniquement aux adultes les plus gravement atteints, fiévreux ou blessés, sans maternité ni prise en charge des enfants. En n'hospitalisant plus les militaires, en créant d'autres hôpitaux à Lyon, on désengorgea également l'Hôtel-Dieu. L'installation d'un seul patient par lit fut instaurée à partir de 1832. Les salles communes où régnaient le bruit et la pestilence engendraient une promiscuité source de contagion et d'absence d'intimité pour les patients. Toutefois, une réorganisation permit, au milieu du XIXe siècle, la diminution du nombre de patients par salle ainsi que l'isolement des contagieux. L'alimentation était sur prescription médicale et de meilleure qualité qu'au domicile des patients. La vie quotidienne d'un patient hospitalisé était stricte, soumise à un règlement précis, sous peine de sanction. Malgré tout cela, au cours du XIXe siècle, la mortalité augmenta de 8,5% à 12%, notamment à cause des maladies infectieuses que l'on ne savait pas soigner (tuberculose, infections pulmonaires, infections digestives) et de la mortalité post-opératoire, le nombre de patients opérés augmentant. Les patients dans les salles communes étaient quotidiennement témoins de

l'agonie et du décès de leurs voisins, souffrant parfois de la même pathologie. La morgue était située au cœur même de l'établissement jusqu'en 1853.

Parallèlement le sort des patients s'améliora progressivement grâce aux progrès médicaux et chirurgicaux réalisés au cours du XIXe siècle. L'amélioration de l'examen clinique, la méthode anatomoclinique, la méthode expérimentale de Claude Bernard et des découvertes physiopathologiques permirent d'élaborer et de préciser les diagnostics. L'utilisation de l'anesthésie à partir de 1846 améliora le confort des opérés et permit la réalisation d'interventions chirurgicales plus longues. L'utilisation de l'antisepsie dès 1865 permit une diminution de la mortalité post-opératoire et surtout grâce à l'essor de l'asepsie à partir de 1880. Enfin, l'utilisation pionnière de la radiologie dès la découverte des rayons X en 1895 apporta une aide sans précédent au diagnostic, aux applications médico-légales et aux traitements médicaux et chirurgicaux.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

P. Weinhart
S.P.H.



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **30 OCT. 2014**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

Professeur Jérôme



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

CHRONOLOGIE

	Administration et budget	Construction et aménagements de l'Hôtel-Dieu et des hôpitaux des H.C.L.	Personnel médical et non médical	Histoire de France Histoire de Lyon Histoire de la Médecine
1783 (à partir de)	Tous les enfants lyonnais abandonnés ou orphelins furent recueillis par l'hospice de la Charité (en plus des vieillards, des femmes enceintes non mariées non lyonnaises, et des incurables)			
1787	1 ^{ère} salle pour les patients payants à l'Hôtel-Dieu (Salle-Montazet)			
1788			Création du concours public de Majorat de l'Hôtel-Dieu pour le recrutement du chirurgien-major	
1789				Début de la Révolution française
1791	Démission des recteurs-administrateurs de l'Hôtel-Dieu			
1793		Bombardement de l'Hôtel-Dieu		Siège de Lyon
1794			Création du doctorat de chirurgie, plaçant la chirurgie à l'égalité de la médecine	
1796	Création des Hospices Civils de Lyon (H.C.L.) et sa commission administrative			
1798				Découverte de la vaccination contre la variole par Edward Jenner
1800	Une loi imposa aux hôpitaux civils de recevoir les militaires en l'absence d'hôpital militaire dans la ville			
1801			Rétablissement des ordres religieux hospitaliers	
1802	Création du Conseil Général d'Administration des H.C.L.			Création du 1 ^{er} hôpital pédiatrique européen à Paris (hôpital Necker)
1802 (à partir de)	Tous les vénériens, galeux, incurables, et aliénés-épileptiques de l'Hôtel-Dieu furent transférés à L'Antiquaille			

1805-1815				Guerres napoléoniennes de l'Empire
1807	L'autel de la chapelle du grand dôme fut enlevé pour accueillir un grand nombre de militaires			
1808				Importation de la technique de l'examen clinique par percussion par Corvisart
1811	Les nombreux militaires furent installés dans les corridors des bâtiments		Création du concours public de Médecat de l'Hôtel-Dieu pour le recrutement des médecins	Espérance de vie des français : 35 ans
1814	A l'Hôtel-Dieu, le nombre de patients militaires fut équivalent au nombre de patients civils			Visite de l'Hôtel-Dieu par des membres de la famille royale : la duchesse douairière d'Orléans, la duchesse d'Angoulême, Monsieur le frère du roi
1816				Découverte de l'auscultation médiate par Laënnec
1819				Publication du « <i>Traité d'auscultation médiate</i> » de Laënnec
1820	Réduction de l'horaire des visites des familles. Visites qui étaient payantes			Isolement de la molécule de la Quinine, augmentation de son utilisation
1821-1824		Agrandissement nord du palais du quai de l'Hôtel-Dieu		
1821			Création de l'Ecole de Secondaire de Médecine de Lyon Apparition du terme d' "interne" pour remplacer celui d' "élève en chirurgie"	
1824-1827		Construction d'un bâtiment de raccordement entre le grand dôme et l'église de l'Hôtel-Dieu		
1825			Centralisation du concours de l'internat, apparition du titre "interne des hôpitaux de Lyon"	

1826			Début du majorat de Gensoul	
1829				Visite de l'Hôtel-Dieu par la duchesse de Berri, la princesse Louise-Charlotte de Bourbon et son époux don Francisco, infant d'Espagne
1830	Changement de l'administration des H.C.L. qui devint progressiste	Diminution de la hauteur des tours de lit afin de limiter l'accumulation des "miasmes" autour du patient	Diminution du nombre d'aumôniers	Révolution de juillet
1831		Construction de l'hôpital militaire Desgenettes		Insurrection des canuts à Lyon Visite de l'Hôtel-Dieu par le duc d'Orléans
1832-1840	Présidence du Dr J.-F. Terme au Conseil Général d'Administration des H.C.L.			
1832	Interdiction de coucher plus d'un patient par lit à l'Hôtel-Dieu		Création du poste d'aide-major	Début de l'épidémie de choléra asiatique à Paris (Lyon fut épargné)
1833-1834		Restauration des salles des Quatre rangs de l'Hôtel-Dieu		
1834			Renvoi de l'abbé Gabriel et de quelques sœurs suite à leur révolte	Insurrection des canuts à Lyon
1835				Création de la Faculté des Sciences de Lyon
1835-1836		Construction d'un amphithéâtre de dissection dans la cour des internes de l'Hôtel-Dieu		
1837		Amélioration de la méthode de nettoyage des salles de l'Hôtel-Dieu		
1837-1839		Fermeture des ouvertures du plafond des salles communes (vers les greniers) par des trappes amovibles Rénovation des murs de l'Hôtel-Dieu		
1838		Fermeture de la boucherie de l'Hôtel-Dieu Installation de "guérites-urinoires" dans les cours de l'Hôtel-Dieu	Début du majorat d'A. Bonnet	Création de la Faculté des Lettres de Lyon

1838-1841		Agrandissement sud du palais du quai de l'Hôtel-Dieu		
1839		Fermetures des salles sous les voûtes du petit et du grand dôme par des cloisons vitrées amovibles Installation d'un système de pompage de l'eau par une machine à vapeur		Visite de l'Hôtel-Dieu par le duc d'Orléans
1840	Gratuité de la visite des familles	Construction de la galerie du passage de l'Hôtel-Dieu à la place de la boucherie	Augmentation du nombre de médecins à l'Hôtel-Dieu, passant de 6 à 7	Grandes inondations de la ville de Lyon
1841		Installation des premières lampes à huile dans les salles des patients	Publication du « <i>Traité des sections tendineuses et musculaires</i> » par A. Bonnet	Grandes inondations de la ville de Lyon Visite de l'Hôtel-Dieu par le duc d'Aumale
1842-1847			Construction de la nouvelle Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Lyon qui remplaça l'école secondaire de médecine	
1842		Construction d'un établissement complet de bains et de douches dans l'Hôtel-Dieu		Grandes inondations de la ville de Lyon
1843				Visite de l'Hôtel-Dieu par le duc et la duchesse de Nemours
1843-1844		Destruction des maisons de la rue Bourgchanin (Bellecordière) Ouverture de fenêtres dans la salle accolée à ces maisons Construction du promenoir pour les convalescents à l'Hôtel-Dieu		
1844				Visite de l'Hôtel-Dieu par le duc et la duchesse d'Aumale

1845 (à partir de)	Désengagement financier de la ville de Lyon dans le budget des H.C.L.			
1846				Découverte de l'anesthésie à l'éther (Morton)
1847			Première anesthésie à l'éther à Lyon par Bonnet	Introduction du chloroforme pour l'anesthésie Semmelweis : les débuts incompris de l'antisepsie (Autriche) Mauvaises récoltes dans le Rhône (hausse des prix et de la misère)
1848			Création d'un 4 ^{ème} service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu	Insurrection des canuts à Lyon
1850				Visite de l'Hôtel-Dieu par le président de la République Louis-Napoléon Bonaparte
1851				Loi de l'assistance publique Grandes inondations de la ville de Lyon
1852	22 salles communes à l'Hôtel-Dieu accueillant 1140 patients	Modernisation des fenêtres des salles communes Rénovation des murs de l'Hôtel-Dieu pour faire apparaître les pierres de taille		Rattachements des faubourgs de la Croix-Rousse, Guillotière et Vaise à la ville de Lyon Grandes inondations de la ville de Lyon
1853		Transfert de la morgue municipale située dans l'enceinte de l'Hôtel-Dieu, vers un bateau-lavoir amarré au quai du Rhône	Publication du « <i>Traité de thérapeutique des maladies articulaires</i> » par A. Bonnet	
1855		Modernisation des cuisines de l'Hôtel-Dieu		
1856		Crue du Rhône emportant la morgue municipale qui fut reconstruite au même endroit		
1857				Découverte des germes par Pasteur
1856-1861		Construction de l'hôpital de la Croix-Rousse appartenant aux H.C.L.		

1859			Face à la difficulté de recruter des médecins : réduction du nombre d'années d'internat nécessaires pour se présenter au concours du Médicat	
1860				Rattachement de la Savoie à la France Visite de l'Hôtel-Dieu par l'Empereur Napoléon III et l'impératrice Eugénie
1862		Création d'une buanderie avec séchoir à l'Hôtel-Dieu		
1863			Début du majorat d'Ollier	Contestation de la théorie de la génération spontanée par Pasteur
1865				Publication par Claude Bernard de « <i>Introduction à l'étude de la médecine expérimentale</i> » Découverte de l'antisepsie par Lister, grâce aux travaux de Pasteur
1866			Augmentation du salaire des médecins de l'Hôtel-Dieu Suppression du port de la robe noire et de la toque que les médecins portaient pour la visite des patients	Transfert du cimetière de la Guillotière vers Montplaisir
1867	Les H.C.L. devinrent propriétaires de tout l'îlot compris entre la rue de la Barre, la rue Bellecordière, la rue Childebert, et le quai du Rhône	Construction de l'asile Sainte-Eugénie appartenant aux H.C.L.		
1870 (à partir de)	Stagnation puis régression des recettes liée à la vente au public de la pharmacie	Installation des premiers lits mécaniques		Guerre Franco-prussienne jusque 1871 Epidémie de dysenterie bactérienne à Lyon et à l'Hôtel-Dieu Utilisation du thermomètre en pratique clinique Invention du spray antiseptique par Lister
1872	Isolement des varioleux			
1874				Epidémie la plus soudaine et la plus mortelle de Typhoïde à Lyon

1875			Létiévant rapporta la méthode antiseptique de Lister de Londres à l'Hôtel-Dieu	
1876				Visite de l'Hôtel-Dieu par le président de la République Mac-Mahon
1877			Création de la Faculté de Médecine de Lyon	
1878			Augmentation de la durée de l'internat qui passa de 3 à 4 années	
1879			Fin du célibat obligatoire pour les chirurgiens-majors	Invention de l'autoclave de Chamberland
1880	Généralisation de la pratique de la méthode antiseptique listérienne à l'Hôtel-Dieu			Découverte du bacille <i>Salmonella enterica</i> de la Typhoïde par Eberth Application de l'asepsie de Pasteur à la chirurgie
1882				Découverte du bacille <i>Mycobacterium tuberculosis</i> de la tuberculose par Robert Koch
1883			Transfert de la Faculté de Médecine de Lyon dans le palais de l'université sur la rive gauche du Rhône	Découverte du <i>Streptococcus pneumoniae</i> par Talamon Utilisation du protoxyde d'azote comme anesthésiant (Martin)
1885			Fin de l'obligation de loger à l'hôpital et augmentation du salaire au même niveau que les médecins pour les chirurgiens-majors	
1887				Début du majorat de Poncet
1887-1893		Destruction de l'école de médecine (rue de la Barre) Achèvement de l'Hôtel-Dieu par l'architecte Pascalon		
1888		Construction de la 1 ^{ère} salle d'opération aseptique de France à l'Hôtel-Dieu grâce à A. Poncet		Visite de l'Hôtel-Dieu par le président de la République Sadi Carnot
1889			Bouveret décrit la « tachycardie essentielle paroxystique »	Création de l'école du Service de santé militaire de Lyon

1892		Construction de l'hôpital maritime Renée-Sabran (dans le Var) appartenant aux H.C.L.	Dernier concours de Majorat (nomination de Mathieu Jaboulay)	
1893			Publication du « <i>Traité des maladies de l'estomac</i> » par Bouveret	Loi de l'assistance médicale gratuite
1894			Ollier et Poncet échouent dans leur tentative de sauver le président Carnot Publication de « <i>La régénération des os et les résections sous-périostées</i> » par Ollier	Assassinat du président Sadi Carnot à Lyon
1895			Début du majorat de Jaboulay Création du concours unique de chirurgie et de médecine des H.C.L. (donnant le titre de médecin ou chirurgien "des hôpitaux de Lyon")	Découverte des rayons X par Röntgen en Autriche
1896			1 ^{ère} radiographie aux rayons X réalisée par Destot à l'Hôtel-Dieu (3 mois après la découverte de Röntgen)	Découverte du sérodiagnostic et de la vaccination contre la Typhoïde
1897				Invention des gants en coton stérilisables
1898			Installation du premier cabinet de radiologie de Destot dans une boutique du passage de l'Hôtel-Dieu	Loi sur l'accident de travail pris en charge par le patron Découverte de la bactérie <i>Shigella</i> cause de dysenterie par Shiga
1899		Création du premier service de radiologie à l'Hôtel-Dieu, dont Destot fut le chef de service	Création de l'école d'infirmière à la Charité Installation du premier laboratoire de Marcel Mérieux dans une boutique du passage de l'Hôtel-Dieu	Invention des gants en caoutchouc stérilisables de Chaput Espérance de vie des français : 45 ans

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des médecins de l'Hôtel-Dieu de 1811 à 1900

Source : M. Carle [25] (p 310-30)

Médecins de l'Hôtel-Dieu de 1811 à 1900	Date de naissance et de mort	Date de fonction à l'Hôtel-Dieu	Commentaires
Bellay François	(1762-1824)	1811-...	Prise de position en faveur de la vaccine
Trolliet Lucien	(1777-1852)	1811-...	Nommé au 1 ^{er} concours du Médicat
De Laprade Richard	(1781-1860)	1816	Professeur de clinique interne
Dupuy Pierre	(1763-18..)	1816-1823	
David Hugues	(1786-18..)	1806-1832	Echec au concours du Majorat avant sa réussite du Médicat
Pointe Jacques-Pierre	(1787-1860)	1817-...	Professeur de clinique médicale. Auteur de nombreuses publications
Sénac Raymond	(1787-1858)	1817-1832	Professeur de pathologie interne Président de la Société Impériale de Médecine Directeur de l'Ecole de Médecine
Ozanam Jean-Antoine-François	(1773-1837)	1817-...	Professeur suppléant de thérapeutique
Levrat François	(1784-1850)	1817-1836	Auteur de nombreuses publications
de Polinière Augustin	(1790-1857)	1822-...	Hygiéniste, administrateur des hôpitaux
Brachet Jean-Louis	(1789-1858)	1818-...	Professeur de pathologie et thérapeutique générales, puis de matière médicale et thérapeutique Physiologiste, auteur de nombreuses publications
Peyraud Gilbert	(1804-1871)	1840-1852	
Roy Henri	(1808-1863)	1840-...	Enseignement clinique dans son service hospitalier
Dime François	(1803-1875)	1840-1853	Membre de la Société de Médecine
Gomier Emile	(1810-1878)	1842-...	Professeur de pathologie interne, puis de médecine légale
Teissier Benedict	(1813-1889)	1842-...	Professeur de clinique médicale Président de la Société nationale de Médecine de Lyon Membre de l'Académie de Médecine
Bouchet Edouard	(1812-1877)	1850-...	Médecin des épidémies
Socquet Antoine	(1810-1882)	1842-1862	Professeur de thérapeutique
Devay François	(1813-1863)	1842-...	Hygiéniste, professeur de clinique médicale
Girin Claude	(1809-1906)	1854-...	Echec au concours du Majorat avant sa réussite du Médicat
Vernay Etienne	(1817-1883)	1849-...	Historien de la médecine
Garin Jules	(1810-1881)	1851-...	Directeur de la <i>Gazette médicale de Lyon</i>

Pomiès Charles	(1820-1880)	1852-1870	Chirurgien de formation sous la direction d'A. Bonnet, il devint médecin à cause d'une santé fragile
Chatin François	(1825-1873)	1855-...	Professeur suppléant de matière médicale et thérapeutique
Chappet Edouard	(1825-1922)	1861-...	Savant praticien, philanthrope, artiste
Rambaud Michel	(1823-1887)	1862-...	
Chavanne Alexis	(1822-1911)	1862-...	Rédacteur de la <i>Gazette médicale de Lyon</i> , poète, politicien (député du Rhône), sociologue, finit sa carrière en tant que médecin du sénat
Drutel Charles	(1814-1868)	1864-...	
Bondet Adrien	(1830-1909)	1867-...	Professeur de Pathologie interne puis de Clinique médicale Président de la Société nationale de Médecine
Meynet Paul	(1831-1893)	1862-...	Chargé des fonctions d'Agrégé de Médecine à la création de la Faculté de Médecine de Lyon
Meynet Lucien	(1831-1882)	1864-...	Président de la Société des Sciences médicales et de la Société Médico-chirurgicale des hôpitaux
Perroud Lucien	(1835-1889)	1862-1866	Professeur adjoint de clinique des maladies des enfants
Guyenod Frédéric	(18...-1900)	1871-1872	
Boucaud Charles	(1835-1912)	1870-1883	
Gignoux Louis	(1837-1889)	1864-...	Président de la Société des Sciences Médicales
Faivre Elie	(18...-1913)	1867-...	
Laure Paul	(1842-1891)	1869-...	Professeur agrégé
François Elyzée	(1842-1878)	1869-...	Professeur agrégé de médecine légale
Schaack J-B	(1835-1887)	1873-1881	Commença sa carrière en tant que vétérinaire
Soulier Henri	(1834-1921)	1883-...	Professeur de Thérapeutique. Auteur de deux volumes de traité de thérapeutique
Mayet Octave Félix	(1835-1897)	1873-...	Professeur de Pathologie et thérapeutique générales Auteur du « <i>Traité de pathologie générale</i> »
Clément Etienne	(1843-1907)	1883-1896	Professeur agrégé dermatologie et médecine légale Membre de l'académie de Lyon Etudia la géologie, l'agriculture, la force motrice du Rhône
Mollière Humbert	(1846-1898)	1875-...	Auteur de nombreuses publications Historien de la médecine
Vinay Charles	(1845-1908)	1876-...	Hygiéniste, promoteur de l'antisepsie et des déclarations obligatoires de certaines maladies
Renaut Joseph	(1844-1917)	1897-...	Professeur d'Anatomie générale Poète, couronné en 1900 par l'académie Française sous le nom de Sylvain de Launay

Drivon Jules	(1842-1922)	1877-...	Auteur de nombreux livres Historien de la médecine
Lépine Raphael	(1840-1919)	1877-...	Correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine Professeur de clinique médicale, physiologiste expérimentateur Auteur de nombreuses publications, considéré comme le père de la diabétologie
Léon Bouveret	(1850-1929)	1879-1899	Professeur agrégé Connu pour la maladie de Bouveret et le syndrome de Bouveret
Raymond Tripier	(1838-1916)	1884-1908	Professeur d'anatomie pathologique
Courmont Jules	(1865-1917)	1896-...	Bactériologiste et hygiéniste Professeur d'Hygiène Créateur de l'Institut d'Hygiène, de l'Institut de bactériologie de Lyon, de l'inspection départementale du Rhône (1914) et de Musée d'Hygiène Conseiller du maire Edouard Herriot, en faveur de la désaffectation de l'Hôtel-Dieu Commissaire général de l'Exposition Internationale Urbaine de Lyon en 1914

Annexe 2 : Liste des chirurgiens-majors de l'Hôtel-Dieu de 1788 à 1900

Sources : M. Carle [25] (p 332-48) et P. Davin [23]

Chirurgiens-Majors de l'Hôtel-Dieu de 1788 à 1900	Date de naissance et de mort	Date de fonction à l'Hôtel-Dieu	Commentaires
Petit Marc-Antoine	(1766-1811)	1793-1799	Premier lauréat du concours de Majorat de 1788 Créateur d'un enseignement public de chirurgie Maître de Xavier Bichat Professeur de chirurgie clinique et opératoire Auteur de nombreuses publications
Cartier Louis Vincent	(1768-1839)	1799-1805	Professeur de chirurgie clinique et opératoire
Viricel Jean-Marie	(1773-1855)	1806-1811	Professeur de chirurgie clinique et opératoire
Bouchet Claude-Antoine	(1785-1839)	1812-1817	Correspondant de l'Académie de médecine Administrateur des H.C.L.
Janson Louis	(1787-1870)	1818-1826	Professeur de chirurgie clinique et opératoire, puis d'anatomie et pathologie externe, puis de pathologie externe
Gensoul Joseph	(1797-1858)	1826-1831	Auteur de la première résection du maxillaire Professeur de clinique chirurgicale Auteur de nombreuses publications Créateur du <i>Journal clinique des hôpitaux de Lyon</i>
Bajar Alexandre	(1793-1857)	1832-1837	
Amédée Bonnet	(1809-1858)	1838-1843	Professeur de clinique externe Auteur de nombreuses publications sur la chirurgie ostéo-articulaire
Pétrequin Joseph Pierre Eléonor	(1809-1876)	1844-1849	Défenseur de la création d'une faculté de médecine à Lyon Professeur adjoint de clinique externe, puis professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire Président de la Société nationale de Médecine Historien de la médecine Auteur de nombreuses publications
Barrier François	(1812-1870)	1850-1856	Professeur de clinique chirurgicale Créateur de la <i>Gazette Médicale à Lyon</i>
Desgranges Antoine	(1816-1896)	1856-1862	Chirurgie ophtalmologique Professeur adjoint de clinique externe, puis de clinique chirurgicale
Ollier Léopold	(1830-1900)	1863-1878	Professeur de clinique chirurgicale Président de la Société de chirurgie de Lyon Créateur de la chirurgie conservatrice osseuse

			Père de la chirurgie expérimentale
Gayet Charles	(1833-1904)	1868-1874	Professeur suppléant d'anatomie et physiologie, puis de pathologie externe, puis de clinique ophtalmologique
Letiévant Jean	(1830-1884)	1875-1884	Professeur adjoint de physiologie Promoteur de l'antisepsie à l'Hôtel-Dieu
Léon Tripier	(1842-1891)		Professeur de médecine opératoire, puis de clinique chirurgicale
Mollière Daniel	(1848-1890)	1881-1890	
Poncet Antonin	(1849-1913)	1887-...	Vulgarisateur des méthodes antiseptiques et aseptiques ; concepteur de la première salle d'opération aseptique de France Professeur de médecine opératoire puis de clinique chirurgicale Membre de l'Académie de Chirurgie et de la Société de Chirurgie de Paris
Polosson Maurice	(1854-1921)	1892-1904	Précurseur en chirurgie intestinale Professeur de médecine opératoire
Gandolphe Michel	(1858-1919)	1899-1907	Auteur de nombreuses publications Dernier chirurgien-major en titre de l'Hôtel-Dieu
Jaboulay Mathieu	(1860-1913)	1895-1903	Auteur de la première désarticulation inter-ilio-abdominale Professeur de clinique chirurgicale

Annexe 3 : Journal *Le Rappel* (Paris) du 11 janvier 1896 sur la découverte des rayons X par Röntgen et ses possibles applications

CINQ CENTIMES le Numéro PARIS ET DÉPARTEMENTS Le Numéro, CINQ CENTIMES

FONDATEUR : AUGUSTE VACQUERIE

ABONNEMENTS

	1 an	6 mois	3 mois	15 jours
Paris	2 fr. 50	1 fr. 75	1 fr. 00	25 c.
Départements	3 fr. 00	1 fr. 50	1 fr. 00	25 c.
Union Postale	3 fr. 00	1 fr. 50	1 fr. 00	25 c.

LE RAPPEL

ANNONCES
MM. CH. LAGRANGE, CERF & C^e
5, Place de la Bourse, 5
et AUX BUREAUX DU JOURNAL

RÉDACTION : 131, rue Montmartre, 131
De 4 à 9 heures du soir et de 10 heures du soir à 1 heure du matin

N° 9497. — Samedi 11 Janvier 1896
22 NIVÔSE AN 104

ADMINISTRATION : 131, rue Montmartre, 131
Adresser lettres et mandats à l'Administrateur

UNE CURIEUSE DÉCOUVERTE

Le *Standard* vient de recevoir de son correspondant de Vienne la très curieuse information suivante, relative à une découverte des plus inattendues, qu'aurait faite ces temps derniers l'un des professeurs de l'université de Wurzburg, M. Röntgen, découverte qui, si elle est vérifiée, ne tendrait pas à moins qu'à bouleverser totalement certaines de nos notions actuelles sur la physique de la lumière.

Voici la traduction fidèle de la note publiée par le *Standard*, et sur laquelle nous reviendrons prochainement s'il y a lieu.

Vienne, lundi 6 janvier.

M. Röntgen, professeur à l'université de Wurzburg, vient de faire une découverte des plus importantes, dont les détails sont déjà arrivés à Vienne, et que diverses célébrités scientifiques examinent ici avec la plus grande attention.

M. Röntgen se sert de la lumière qu'émet un tube de Crooke où l'on a fait le vide : un courant électrique le traverse et agit sur une plaque ordinaire de photographie. Les rayons lumineux invisibles dont l'existence a déjà été démontrée, offrent alors cette particularité qu'ils peuvent traverser le bois et d'autres substances de matière organique tandis qu'ils ne peuvent traverser les métaux et les os d'animaux et d'êtres humains.

Il s'en suit de cette particularité qu'il est possible de photographier des os ou des métaux qui seraient recouverts par du bois ou de la laine. De plus, la chair humaine étant une matière organique, ces rayons lumineux invisibles qu'émet un de ces tubes de Crooke agissent sur elle comme sur ces enveloppes et il est, par suite, de même possible, de photographier les os d'une main par exemple, sans que la chair qui la recouvre apparaisse sur la plaque.

Il y a déjà à Vienne des photographies semblables. Elles montrent les os de la main avec les bagues portées aux doigts (les métaux, comme je l'ai dit, n'étant pas traversés par ces rayons) mais ils ne montrent rien autre. Ce n'est pas beau à voir, mais au point de vue scientifique, cela ouvre un champ vaste à la science.

Parmi les usages pratiques de cette nouvelle découverte, il est établi qu'il devient dès lors possible aux chirurgiens de déterminer, à l'aide de cette nouvelle méthode de photographie, la position exacte d'une balle qui serait logée dans un corps humain ou bien de rendre visibles des fractures d'os avant de commencer une opération. Et il y a d'autres usages variés auxquels cette méthode pourrait être appliquée, par exemple dans les cas de maladie ou de carie des os. — La *Presse* assure ses lecteurs que ce n'est ni une plaisanterie ni un canard, mais que c'est une découverte très sérieuse et faite par un savant des plus distingués.

Si invraisemblable à son premier abord que soit une telle nouvelle, elle ne paraît pas devoir être repoussée *a priori* et avant vérification.

Pourquoi, en effet, les rayons chimiques infra-violetts du spectre, rayons invisibles à notre œil et qui pourtant impressionnent parfaitement la plaque photographique, pourquoi ces rayons chimiques ne seraient-ils point susceptibles de traverser certaines substances solides à l'exclusion d'autres,

Les rayons calorifiques jouissent du reste d'une telle propriété, et de même les rayons lumineux.

Aussi bien, entre tous ces rayons, n'existe qu'une seule différence, le nombre des vibrations caractérisant chacun d'eux.

En semblable condition, l'on voit donc que l'on aurait tort de repousser sans examen, comme impossible, la nouvelle que nous apporte aujourd'hui le *Standard*.

Un avenir prochain, au surplus, nous renseignera à cet égard.

JACQUES SERDA.

TABLES DES DOCUMENTS

Document 1 : Mesures prises par l'administration des H.C.L. à partir de 1830.	8
Document 2 : Recettes des H.C.L. en 1870	11
Document 3 : Répartition des recettes de la dotation des H.C.L au XIXe siècle.....	11
Document 4 : Courbes représentant le budget municipal, le budget des H.C.L., et l'aide sociale versée par la ville aux H.C.L. au XIXe siècle.....	12
Document 5 : Dépenses des H.C.L. en 1860-1869.	15
Document 6 : Dépenses de nourriture des H.C.L. au XIXe siècle.....	15
Document 7 : Budget de la pharmacie des H.C.L. au XIXe siècle.....	16
Document 8 : Répartition des dépenses de personnel en 1861 aux H.C.L.....	16
Document 9 : Plan de l'Hôtel-Dieu au début du XIXe siècle	20
Document 10 : Plan de l'Hôtel-Dieu à la fin du XIXe siècle et photographie aérienne	23
Document 11 : "Spaziergänger" (les marcheurs) de Winchelmann et fils, vers 1850.	30
Document 12 : Plan de la clinique chirurgicale du Professeur A. Poncet	36
Document 13 : Composition du personnel non médical de l'Hôtel-Dieu en 1802 et 1900.....	42
Document 14 : « Une sœur de l'Hôtel-Dieu. 1824. Tableau de J. Keller ».....	44
Document 15 : Population de Lyon et de ses faubourgs. Années 1861 à 1901	50
Document 16 : Nombre de patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu par périodes décennales au XIXe siècle.....	51
Document 17 : Nombre de lits aux H.C.L. et à l'Hôtel-Dieu au XIXe siècle.....	51
Document 18 : Durée de séjour des patients hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en 1806 et 1866	54
Document 19 : Population hospitalisée par tranches d'âge à l'Hôtel-Dieu en 1806 et aux H.C.L. en 1866.....	58
Document 20 : Espérance de vie en France par âge et par sexe au XIXe siècle	59
Document 21 : Population hospitalisée par catégorie pathologique et par sexe en 1852 et 1900.....	60
Document 22 : Professions des patients de l'Hôtel-Dieu en 1806 et des H.C.L. en 1866.	61
Document 23 : Professions des lyonnais et des non lyonnais hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en 1806.....	61
Document 24 : Professions des patients payants de l'Hôtel-Dieu comparées aux professions de l'ensemble des patients de l'Hôtel-Dieu en 1806	65
Document 25 : Taux de mortalité à l'Hôtel-Dieu au XIXe siècle	71
Document 26 : Mortalité en France au XIXe siècle	72
Document 27 : Taux de mortalité de la population hospitalisée aux H.C.L. par tranche d'âge en 1866.....	72

Document 28 : Mortalité par maladie infectieuse à Lyon entre 1872 et 1889	75
Document 29 : Mortalité par tuberculose des patients de l’Hôtel-Dieu entre 1860 et 1900 .	76
Document 30 : Mortalité par infection pulmonaire autre que tuberculeuse des patients de l’Hôtel-Dieu entre 1860 et 1900	76
Document 31 : Mortalité par infection digestive des patients de l’Hôtel-Dieu entre 1860 et 1900.....	77
Document 32 : Mortalité par infection cutanée des patients de l’Hôtel-Dieu entre 1860 et 1900.....	77
Document 33 : Cause de mortalité dans les services de chirurgie de l’Hôtel-Dieu sur deux périodes (1874-1878 et 1887-1891)	84
Document 34 : Coupe sur la longueur d’une salle de patients de l’Hôtel-Dieu en 1810	88
Document 35 : Dimensions des salles de l’Hôtel-Dieu en 1853	89
Document 36 : Répartition des patients dans les salles de l’Hôtel-Dieu en 1843.....	93
Document 37 : « Une salle de malades, d’après un dessin de G. A. Pic » au XIXe siècle	94
Document 38 : « La pompe de la cour des bains, d’après un dessin de P. Janin » au XIXe siècle	99
Document 39 : « <i>La morgue occupait un bateau amarré en aval du pont de l’Hôtel-Dieu</i> » au XIXe siècle	108
Document 40 : « " <i>Inscription simultanée des pulsations du cœur et du pouls radial sur un malade</i> " d’après Gilbert, <i>La Nature</i> , 1879 »	113
Document 41 : « <i>Appareil pour l’administration du chloroforme, de Raphaël Dubois de Lyon</i> », 1884	121
Document 42 : « Lister opérant sous la vaporisation d’acide carbolique en 1867 ».....	125
Document 43 : « Salle d’opération d’Antonin Poncet à Lyon (1888) lavée tous les jours avec jet sous pression ».....	128
Document 44 : « <i>Radiographie, en mars 1896, par Etienne Destot d’une résection du poignet pour arthrite tuberculeuse pratiquée par Ollier en 1879</i> »	134

BIBLIOGRAPHIE

1. Croze A. Histoire administrative et topographique de l'Hôtel-Dieu. In: *Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon: des origines à l'année 1900*. Lyon: Audin; 1924:1-222.
2. Nysten P-H, Littré É, Robin C. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*. 10e édition. Paris: Baillière J-B; 1855. 752 p.
3. Varille M. Les Hôpitaux lyonnais des Origines à 1802. In: *Les Hospices civils de Lyon (542-1952)*. Lyon, France: Audin; 1953:15-42.
4. Borsa S, Michel C-R. *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXe siècle*. Paris: Hachette; 1985. 246 p.
5. Jambon A. *Notice sur l'Hôtel-Dieu de Lyon*. Lyon: L. Boitel; 1843. 64 p.
6. Dagier E. *Histoire chronologique de l'Hôpital Général et Grand Hôtel-Dieu de Lyon, depuis sa fondation, mêlée de faits historiques concernant l'Aumône Générale et la ville de Lyon*. Lyon: Rusand; 1830. 551 p.
7. Bouchet A, Mornex R, Gimenez D. *Les Hospices civils de Lyon: histoire de leurs hôpitaux*. Lyon: Ed. Lyonnaises d'Art et d'Histoire; 2002. 208 p.
8. Polinière A de. *Considérations sur la salubrité de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice de la Charité de Lyon*. Lyon: Perrin; 1853. 248 p.
9. Faure O. *Genèse de l'hôpital moderne: les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Paris: Éditions du C.N.R.S; 1981. 269 p.
10. Rodery J. L'Administration de 1802 à 1952. In: *Les Hospices civils de Lyon (542-1952)*. Lyon: Audin; 1953:45-65.
11. Hospices Civils de Lyon. *Règlement de l'Hôpital général et grand Hôtel-Dieu de Lyon*. Lyon: Rusand; 1819. 92 p.
12. Garden M, Association lyonnaise d'économie médicale. *Le Budget des hospices civils de Lyon: 1800-1976*. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 1980. 148 p.
13. Pointe J-P. *Histoire topographique et médicale du Grand Hôtel-Dieu de Lyon: dans laquelle sont traitées la plupart des questions qui se rattachent à l'organisation des hôpitaux en général*. Paris: Baillière J-B; 1842. 444 p.
14. Drivon J. La mortalité à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant deux siècles. *Lyon Médical*. 1900:493-8;530-6;567-73.
15. Métroz E. Histoire de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu. In: *Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon: des origines à l'année 1900*. Lyon: Audin; 1924:405-56.
16. Bouchet A. Le XIXe siècle. In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:66-84.
17. Monfalcon J-B, Polinière A de. *Hygiène de la ville de Lyon: ou opinions et rapports du Conseil de Salubrité du Département du Rhône*. Paris: Baillière J-B; 1845. 380 p.

18. Colly M. Les Etablissements et Services - La grande famille hospitalière. In: *Les Hospices civils de Lyon (542-1952)*. Lyon: Audin; 1953:71-129.
19. Rousset J. Les Epidémies à Lyon aux XVIIIe et XIXe siècles et les mesures de prévention médicale qui leur furent opposées. In: *Actes du quatre-vingt-neuvième congrès national des sociétés savantes, Lyon, 1964. Section d'histoire moderne et contemporaine*. Vol 1. T.2. Paris: Impr. nationale; 1965:145-88.
20. Fischer L-P. Etienne Destot (1864-1918), chirurgien, anatomiste, fondateur de la radiologie lyonnaise. *Histoire des sciences médicales* 2000;34(4):415-28.
21. Monfalcon J-B. *Histoire monumentale de la ville de Lyon*. Paris: Didot F; 1866. 213 p.
22. Verlaine P. *Mes hôpitaux*. Paris: L. Vanier; 1891. 74 p.
23. Davin P. *La Chirurgie à Lyon: évolution au cours des siècles : l'âge d'or du XIXème siècle*. Thèse de Médecine. Lyon: Université Claude Bernard (Lyon 1); 2009. 371 p.
24. Pétrequin J-P-E. *Mélanges de chirurgie, ou Histoire médicochirurgicale de l'Hotel-Dieu de Lyon depuis sa fondation jusqu'à nos jours: avec l'histoire spéciale de la syphilis dans cet hospice, et compte-rendu de la pratique chirurgicale de cet hôpital pendant six années, 1838-1843*. Paris: Baillière J-B; 1845. 302 p.
25. Carle M. Histoire médicale de l'Hôtel-Dieu. In: *Histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon: des origines à l'année 1900*. Lyon, France: Audin; 1924:225-354.
26. Bouchet A. L'internat des hôpitaux de Lyon. In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:85-91.
27. Destot E. *Étude sur la mortalité dans les services de chirurgie des hôpitaux de Lyon*. Thèse de Médecine. Lyon: Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon; 1892. 92 p.
28. Nonnis Vigilante S. Les sources de la plainte: pour une histoire des rapports médecins-malades en France au XIXe-XXe siècle. In: *La santé des populations civiles et militaires*. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2010:239-60.
29. Sue E. L'hospice. In: *Les Mystères de Paris*. Vol 4. Paris: C. Gosselin; 1843:164-89.
30. Zola E. *L'assommoir*. 3e édition. Paris: G. Charpentier; 1877. 569 p.
31. Goncourt E de, Goncourt J de. *Sœur Philomène*. Paris: G. Charpentier; 1889. 310 p.
32. Despierres G. L'Ecole secondaire de Médecine (1821-1841). In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:92-5.
33. Despierres G. L'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie (1841-1877). In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:96-100.
34. Despierres G. La Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie et son éclatement. In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:101-16.

35. Dbouk R. *Les Sœurs hospitalières des Hôpitaux de Lyon*. Thèse de Médecine. Lyon: Université Claude Bernard (Lyon 1); 2003. 87 p.
36. Trolliet L-F. *Compte-rendu des observations faites à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant trois années (depuis le 1er octobre 1819 jusqu'au 1er octobre 1822) par les médecins de cet hôpital, lu en séance publique le 15 janvier 1823*. Lyon: Durand; 1823. 92 p.
37. Bouchet A, et collaborateurs. *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987. 540 p.
38. Faure O, Dessertine D. *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIXe et XXe siècles*. Villeurbanne: CNRS-Programme Rhône-Alpes Recherches en sciences humaines; 1991. 108 p.
39. Jaussoin E. Des réformés au chevet de leurs coreligionnaires : l'Infirmier protestante de Lyon (1844-1970). *Chrétiens et sociétés. XVIe-XXIe siècles* 2012;(19):155-203.
40. Oukala M. *La mortalité infectieuse dans les hôpitaux civils de Lyon au XIXe siècle*. Thèse de Médecine. Lyon: Université Claude Bernard (Lyon 1); 2014. 217 p.
41. Clément E. Etat sanitaire de la ville de Lyon de 1872 à 1889. In: *Annales de La Société de Médecine de Lyon*. Vol 38. Lyon : Librairie médicale. Paris : Baillière J-B; 1890:122-212.
42. Ruffié J, Sournia J-C. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme: essai d'anthropologie médicale*. Paris: Flammarion; 1995. ii+302 p.
43. Perroud L. *Recherches Statitiques Sur La Phtisie Pulmonaire À l'Hôtel-Dieu de Lyon Pendant Les Années 1856, 1857, 1858, 1859, 1860*. Lyon, France: Impr. d'Aimé Vingtrinier; 1864. 16 p.
44. Perroud L. Coup d'œil sur l'état médical régnant et les épidémies dans l'arrondissement de Lyon pendant ces vingt-cinq dernières années. In: *L'hygiène à Lyon: comptes-rendus des travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône / Dr A. Lacassagne,...* Paris: Masson; 1891:359-84.
45. Intendance sanitaire du Rhône. *Avis Sur Les Moyens À Employer Pour Se Préserver Du Choléra-Morbus*. Lyon: Perrin; 1832. 8 p.
46. M.T. ex chirurgien de la marine. *La Vérité Sur Le Choléra À Lyon - Avertissements et Conseils*. Lyon: Chanoine; 1849. 16 p.
47. Daudé J. *Traité de l'érysipèle épidémique*. Paris: Delahaye A; 1867. 344 p.
48. Balzac H de. Le colonel Chabert. In: *Œuvres illustrées de Balzac. Les Parents pauvres*. Paris: Marescq et Cie; 1851:1-16.
49. Balzac H de. Le cousin Pons. In: *Œuvres illustrées de Balzac. Les Parents pauvres*. Paris: Marescq et Cie; 1851:97-164.

50. Lacassagne A. *L'hygiène à Lyon: comptes-rendus des travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône / Dr A. Lacassagne,...* Paris: Masson; 1891. 466 p.
51. Roche L. La médecine légale. In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:362-7.
52. Meunier L. *Histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'à nos jours*. Paris: Baillière J-B; 1911. vi+642 p.
53. Laënnec R-T-H. *Traité inédit sur l'anatomie pathologique...* Paris: Alcan F; 1884. 90 p.
54. Bichat X. *Anatomie pathologique, dernier cours de Xavier Bichat (1805)*. Paris: Baillière J-B; 1825. 358 p.
55. Feroldi J. L'anatomie pathologique. In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:315-20.
56. Bernard C. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Baillière J-B; 1865. 400 p.
57. Barbara J-G. Les élèves de Claude Bernard - continuité de pensée et évolutions disciplinaires. In: *Les élèves de Claude Bernard: les nouvelles disciplines physiologiques en France au tournant du XXe siècle*. Paris: Hermann; 2011:23-32.
58. Lyonnet B. Léon Bouveret (1850-1929). *Lyon Médical* 1929;143(10):281-85.
59. Fischer L-P. Cent ans de chirurgie osseuse hospitalo-universitaire à Lyon (1897-1997). *Annales de Chirurgie* 1998;52(3):264-78.
60. Fischer L-P. Amédée Bonnet (1809-1858) Chirurgien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, novateur de la chirurgie ostéo-articulaire et homme de lettres. *Histoire des sciences médicales* 1996;30(4):449-58.
61. Klein P. *Léopold Ollier (1830-1900): un père pour la médecine expérimentale et pour la chirurgie osseuse moderne et conservatrice*. Thèse de Médecine. Lyon: Université Claude Bernard (Lyon 1); 2012. 132 p.
62. Partensky C. Evolution de la chirurgie digestive au cours des cent dernières années. *Annales de Chirurgie* 1998;52(3):279-82.
63. Goutelle A. Cent ans de neurochirurgie lyonnaise : les événements marquants. *Annales de Chirurgie* 1998;52(3):293-7.
64. Baulieux J. 100ème anniversaire du décès du Pr Mathieu Jaboulay. *Académie de Chirurgie Magazine* 2014;(13):43-6.
65. Vulliet J. *Contribution à l'étude de l'histoire de l'anesthésie à Lyon (1847-1930)*. Thèse de Médecine. Lyon: Université Claude Bernard (Lyon 1); 1981. 171 p.
66. Gudéfin R. *L'avènement de l'asepsie*. Thèse de Médecine. Lyon: Université Claude Bernard (Lyon 1); 1988. 154 p.

67. Estanove S. L'anesthésie-réanimation. In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:401-10.
68. Ollier L. *La Chirurgie il y a cent ans et la chirurgie aujourd'hui...discours prononcé à la séance solennelle de rentrée des Facultés de Lyon, le 3 novembre 1893*. Lyon, France: A. Storck; 1893. 32 p.
69. Fischer L-P. Les premières salles d'opérations dites aseptiques après Pasteur. *Histoire des sciences médicales* 1999;33(1):69-81.
70. Theil P. Les premières radiographies faites en France, retrouvées à l'Académie nationale de Médecine. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 1980;164(8):752-6.
71. Briau E. Etienne Destot. *Lyon Médical* 1919;128(1):75-7.
72. Destot E. Société des sciences médicales de Lyon - Séance du 5 février 1896. *La Province Médicale (Lyon)* 1896;10(6):61-72.
73. Pinet E. Des débuts de la radiologie à l'imagerie médicale moderne et à la radiologie d'intervention. In: *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Lyon : Fondation Marcel Mérieux. Paris : Hervas; 1987:356-61.
74. Arnulf G. A propos de la naissance de la radiologie en France. L'œuvre d'Etienne Destot à Lyon. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 1981;165(7):955-9.

FEIREISEN Marie

« La vie quotidienne des patients de l'Hôtel-Dieu de Lyon au XIXe siècle »

165 f., 34 ill., 14 tab.

Thèse médecine, Lyon, 2014, n° 279/2014

Résumé

L'Hôtel-Dieu de Lyon fut administré par les Hospices Civils de Lyon créés en 1802, permettant une remise à niveau budgétaire, une gestion progressiste dès 1830, l'agrandissement et la rénovation des bâtiments, ainsi que l'amélioration des conditions d'hygiène et de confort des patients.

Le millier de patients étaient soignés par sept médecins, un chirurgien « major » et un « aide-major ». La visite quotidienne des patients était brève et sans intimité. Les internes s'occupaient des pansements, et les sœurs hospitalières des soins quotidiens.

Face à l'augmentation du nombre de patients, l'Hôtel-Dieu dut se consacrer aux adultes les plus gravement atteints, fiévreux ou blessés, sans maternité. Le patient type était pauvre, ouvrier ou artisan et domicilié dans le Rhône. Le nombre de patients payants augmenta progressivement alors que les indigents recevaient des soins gratuits. La création d'autres hôpitaux à Lyon permit de désengorger l'Hôtel-Dieu et d'installer un seul malade par lit à partir de 1832. Malgré cela, la mortalité augmenta au cours du XIXe siècle, liée aux maladies infectieuses et à la mortalité post-opératoire. Dans les salles communes régnaient contagion, bruit, peste, rigueur d'un règlement strict et angoisse liée à la mort vécue quotidiennement.

La prise en charge médicale et chirurgicale des patients au XIXe siècle s'améliora considérablement grâce aux perfectionnements de l'examen clinique, l'apparition de la méthode anatomo-clinique et de la méthode expérimentale, et pour la chirurgie par l'utilisation de l'anesthésie (1846), de l'antisepsie (1865) et de l'asepsie (1880) pour diminuer la mortalité. Enfin l'utilisation pionnière de la radiologie (1895) fut révolutionnaire pour le diagnostic.

Mots clés Histoire de la médecine / Dix-neuvième siècle / Lyon / Hôtel-Dieu / Patients / Relations Soignants Soignés / Médecine / Chirurgie

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur NEIDHARDT Jean-Pierre Hanno

Assesseurs : Madame le Professeur BROUSSOLLE Christiane

Monsieur le Professeur FESSY Michel-Henri

Monsieur le Docteur BEL Jean-Christophe

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BEL Jean-Christophe

Date de soutenance 26 novembre 2014

Adresse de l'auteur

54 rue de Sèze 69006 Lyon

marie.feireisen@gmail.com