

Communication Sociétés savantes 17

Samedi 15 octobre 2011

Amédée Lefèvre et le choléra à Rochefort

En 1850, la société savante rochefortaise, la Société d'Agriculture, Sciences et Belles-Lettres, l'ancêtre de la Société de Géographie, a publié un opuscule de 72 pages dans lequel Amédée Lefèvre, second médecin en chef à l'École de médecine navale de Rochefort, se livre à une étude comparative des trois « invasions » du choléra, en 1832, 1834 et 1849¹.

L'analyse de ce document est intéressante à plus d'un titre. D'abord parce qu'il fourmille de renseignements sur les manifestations de ces épidémies et les remèdes tentés dans une ville ouvrière et militaire où les mouvements de population étaient incessants. Mais surtout parce qu'il illustre les débats qui traversent à l'époque la communauté savante et plus largement les représentations des élites sociales sur les questions de l'hygiène et sur l'organisation de la société et son bon gouvernement.

Le contexte

La « peur bleue » du choléra

Il faut tout d'abord souligner le traumatisme social qu'entraîna le développement des pandémies du choléra dans toutes les sociétés européennes au XIXe siècle, notamment à partir de la fin des années 1820-début 1830 jusque dans les années 1860².

Une véritable « peur bleue »³, en raison de la déshydratation vertigineuse de l'organisme par diarrhées et vomissements, donnant au visage une cyanose effrayante avec des yeux caves. Un fléau venu d'Asie comme la peste, le choléra « asiatique ». « La peste et le choléra », un couple appelé à marquer l'univers mental de nos sociétés, visible dans notre vocabulaire jusqu'à une époque récente. Cette peur s'explique non seulement parce que le choléra fit des ravages considérables, en quelques mois, les gens mourant 24 ou 48 heures après avoir été atteints, parfois moins. Mais surtout parce que les épidémies apparaissaient brutalement sans qu'on sache pourquoi et se dissipaient mystérieusement, sans que les hommes de sciences de l'époque puissent apporter la moindre explication satisfaisante ni surtout le moindre remède efficace. Les médecins cachaient mal leur ignorance, suscitant dans l'opinion publique doutes sur leurs capacités, moqueries illustrées par nombre de caricatures⁴ mais aussi émotions populaires voire révoltes dans les quartiers populaires déjà très agités en raison de leur misère.

Il faut imaginer le trouble, l'angoisse collective, parfois les mouvements de panique qu'a pu créer la disparition de plus de 10 000 Parisiens en quelques semaines au printemps 1832, touchant certes surtout les classes pauvres s'entassant dans les garnis des quartiers délabrés du centre de la capitale mais n'épargnant pas les classes riches des beaux quartiers, jusqu'au Premier ministre de Louis Philippe, Casimir-Périer⁵.

¹ Amédée Lefèvre, *Recherches sur la marche et les effets du choléra asiatique à Rochefort pendant les différentes épidémies dont cette ville a été le théâtre en 1832, 1834 et particulièrement en 1849*, Rochefort, Loustau, 1850, 72 p. et une carte h.t.

² Les différentes pandémies : 2° : 1826-1837 qui touche la France à partir de 1832 ; 3° : 1841-1859 qui sévit en France surtout à partir de 1849 ; 4° : 1865-1875 ; 5° : plus maîtrisée de 1881 à 1896.

³ Patrice Bourdelais, Jean-Yves Raulot, *Une peur bleue, Histoire du choléra en France, (1832-1864)*, Payot, 1987.

⁴ Patrice Bourdelais, André Dodin, *Visages du choléra*, Belin, 1987.

⁵ Dont les adversaires du plus célèbre médecin de l'époque, Broussais, ont dit qu'il était plus mort de son traitement que de la maladie proprement dite.

A Rochefort, le nombre des décès fut sans doute moins impressionnant, en apparence, mais 250 morts en l'espace de 3 mois en 1832 sur une population d'environ 20 000 habitants, ce n'était tout de même pas rien ! En 1834, il n'y eut que 120 décès mais en 1849, le fléau toucha 793 personnes entre juin et octobre, soit 4% de la population, dont 541 n'en réchappèrent pas.

Le trouble et l'angoisse individuelle et collective sont donc encore bien présents à l'entrée de l'hiver 1849-1850. De sorte qu'en dépit des réserves qu'on peut avoir sur les capacités de la médecine, on se tourne tout de même du côté des hommes de sciences dont la fonction est de savoir, de prévoir et de guérir dans un siècle où monte la croyance dans l'avenir de la science. Amédée Lefebvre, second médecin en chef et professeur à l'École de médecine navale, relève donc le défi, en reprenant l'étude à partir d'une observation méthodique et scrupuleuse des faits dans un territoire donné, celui de la ville de Rochefort, et en faisant des comparaisons entre les « trois invasions » de l'épidémie.

Amédée Lefèvre, un médecin notable

Amédée Lefèvre est né le 4 juin 1798 à Paris⁶. Au moment de l'épidémie de choléra de 1849, il a donc un peu plus de 50 ans. Ses origines familiales sont modestes. Il a derrière lui une belle et longue carrière commencée à 13 ans comme mousse dans la marine impériale, et a gravi presque tous les échelons de la hiérarchie depuis son entrée à l'École de médecine navale de Rochefort en 1816. Depuis 1846, il est second médecin en chef de l'école où il a été élève, et y exerce en tant que professeur, titulaire de la chaire de pathologie interne et d'hygiène. Il peut encore espérer atteindre le grade ultime de premier médecin en chef et de président du Conseil de santé. Il a néanmoins d'ores et déjà réussi son ascension sociale. Il est devenu une notabilité de cette ville provinciale qui vit essentiellement pour et par la Marine. Elu conseiller municipal en 1846, il y joue un rôle important, d'autant qu'il a été réélu en juillet 1848, au suffrage universel⁷. Ses avis sont écoutés, aussi bien en matière de politique municipale que de recherches éclectiques dans le cénacle des hommes de sciences souhaitant faire avancer le progrès, qui se rencontrent aux séances mensuelles de la société savante locale⁸. C'est autant un botaniste qu'un zoologue et un médecin qui a acquis de l'expérience. Il est correspondant de l'Académie de médecine depuis 1841 ; il est surtout un passionné de statistiques qui vient d'étudier en 1847 l'importance et les causes de la mortalité à Rochefort⁹ et a démontré que la mauvaise réputation mortifère de la ville est contraire à la vérité. Il est donc naturel que M. le second médecin en chef, qui vient d'être promu officier de la Légion d'honneur le 7 janvier 1850, donne un avis circonstancié, à la demande du Conseil de santé, sur l'épidémie de choléra qui a ravagé sa ville.

Mais Amédée Lefèvre a sans doute une autre raison de produire cette étude et qui n'est pas moins importante. Le 21 janvier 1850 en effet, le maire de Rochefort annonce à son conseil municipal que le ministre a l'intention de supprimer l'École de médecine navale et de ne plus garder que celles de Brest et de Toulon. Stupeur dans la ville... et inquiétude de Lefèvre pour le couronnement de sa carrière ! Une commission est immédiatement mise en place, chargée de rédiger un rapport pour défendre cette institution, véritable fleuron de la ville-arsenal, qui a toujours été la mal-aimée du pouvoir central. Lefèvre en fait évidemment partie et c'est probablement lui le principal auteur du rapport approuvé cinq jours plus tard par le conseil qui décide de le faire imprimer¹⁰. Tous les arguments sont développés : l'absurdité de la mesure qui ne fera faire aucune économie, le passé glorieux de l'école qui a formé plus d'un millier de médecins et donné à la France des célébrités, les injustices dans les progressions de carrière... et en dernier lieu les services rendus, autant aux marins qu'à la population

⁶ Michel Sardet, *Médecins et pharmaciens de la marine à Rochefort au XIX e siècle*, Pharmathèmes, 2005, p. 130-141.

⁷ Cela n'a pas été le cas de son ami Primevère Lesson, ce qui a beaucoup affecté ce dernier. Lefèvre le rappelle dans le long panégyrique qu'il prononce le 13 décembre 1849, après la mort de son ami qui a expiré dans ses bras à 55 ans.

⁸ Comptes-rendus des réunions de la Société d'Agriculture, Sciences et Belles-Lettres de Rochefort, 1847-1851 (Archives de la SGR).

⁹ A. Lefèvre, *Notes sur les maladies qui ont été cause de la mortalité à Rochefort en 1847*, Rochefort, Loustau, 1847.

¹⁰ Compte-rendus des réunions du Conseil municipal de Rochefort, 1847-1852 (Archives de la ville de Rochefort, Médiathèque)

civile, en particulier ouvrière : « Dans un moment où l'assistance publique préoccupe vivement les esprits, on ne saurait penser à la supprimer. »

Lefèvre est donc d'autant plus encouragé à présenter cette étude sur le choléra, qu'elle justifiera, s'il en était besoin, le rôle de l'École et le dévouement de ses médecins – y compris évidemment le sien propre – pour la cause de la santé publique et de l'ordre social.

Quelques mois plus tard, devant le petit parterre éclairé de la Société d'Agriculture, Sciences et Belles-Lettres, dans sa séance mensuelle du 10 mai 1850, il finit la lecture du manuscrit de son mémoire¹¹, soulevant comme d'habitude des « félicitations unanimes » ; la proposition d'un sociétaire de le faire imprimer est approuvée par acclamation. D'où cet opuscule, subventionné par la Ville.

Les caractéristiques et renseignements de l'étude

Si tous les médecins ont été d'accord pour décrire le choléra, des désaccords profonds subsistent entre eux sur ses causes et modes de développement, opposant les « contagionnistes » aux « infectionnistes », et évidemment sur les remèdes à y apporter. Lefèvre apporte donc sa contribution aux questions non résolues, en espérant qu'elle trouvera un écho au-delà de la ville et du département.

La méthode « éclectique »

Il procède à une véritable dissection des trois épidémies à Rochefort, notamment la dernière. Sa méthode relève en effet de l'expérimentation et utilise beaucoup la forme la plus simple de la statistique sous forme de tableaux mais sans recourir aux graphiques. Elle illustre l'état d'esprit de la médecine du début du XIXe siècle « fait de doute et d'ouverture que l'on baptise souvent éclectisme »¹². Ce terme ne renvoie pas seulement à une école philosophique – celle de Victor Cousin : le vrai, le beau, le bien –, mais à une méthode d'analyse fondée sur le comptage, l'observation parfois l'expérimentation. Elle n'est pas seulement l'apanage du médecin Pierre, Charles, Alexandre, Louis (1782-1872) et de ses disciples ; elle est répandue aussi bien chez les hygiénistes des *Annales d'hygiène publique* (publiées à partir de 1829) que chez d'obscurs médecins hospitaliers de province, quelles que soient leurs préférences idéologiques et médicales.

Nous avons signalé que Lefèvre a déjà utilisé la méthode du comptage pour distinguer le vrai du faux avec certitude sur la mortalité à Rochefort. De cette méthode doit peu à peu émerger la vérité, sinon sur les origines premières, du moins sur le comment, pour expliquer la réalité des faits. On trouve là une application du positivisme d'Auguste Comte. Avec prudence et modestie, sans doute un peu feintes, il annonce au début : « j'ai pensé que c'était particulièrement des faits que nous devons nous préoccuper, qu'il importait de les constater avec une scrupuleuse exactitude, laissant à d'autres le soin de les discuter et d'en tirer les conséquences », l'invite s'adressant sans doute plus aux pouvoirs publics qu'aux médecins.

Mais que compte Lefèvre ? Nous savons bien aujourd'hui que l'efficacité de la méthode quantitative dépend des hypothèses de travail, des problématiques choisies. Il ne suffit pas de compter mais il faut savoir choisir ce qu'il faut compter. Lefèvre répond apparemment : combien et qui, quand, où, comment ? suivant un schéma classique. C'est le fil conducteur de l'enquête mais de façon assez désordonnée, sans titres ni sous-titres. Il est donc amené à recomposer les thèmes dans ses conclusions pour répondre aux questions non résolues des origines et causes du développement de la maladie. Derrière le côté anodin du questionnement et l'affirmation de son objectivité, n'y a-t-il cependant pas des *a priori*, jusque dans les réponses ? La statistique ne vient-elle pas renforcer des idées préconçues et/ou empruntées aux autorités scientifiques de l'époque ?

Combien ?

¹¹ Le CR de la séance (Arch. SGR) est intéressant car le secrétaire a résumé les principales données chiffrées, assorties de commentaires qui ne sont pas autant explicités dans la version imprimée et qui mettent bien en évidence les orientations et prises de positions de l'auteur.

¹² Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècles)*, Anthropos, 1994, p. 88.

Lefèvre commence par reprendre les comptes des infectés, morts et guéris de ses devanciers présents à Rochefort en 1832 (son collègue Jean-Baptiste Repey) et 1834 et ceux qui lui ont été fournis par le président du Conseil de santé pour l'épidémie de 1849. Il modifie quelque peu les derniers car il les trouvent en-dessous de la vérité en raison d'omissions de la cause des décès de la part des médecins et du nombre élevé de gens morts chez eux, ce qui l'avait déjà amené à demander en 1847 que chaque décès fût bien identifié par le « docteur des morts ».

années	Nb de cas	% /pop. totale	Nb de décès	%/ totale pop.	guérisons
1832	392	2%	250	1,4%	142
1834	165	0,82%	120	0,6%	45
1849	793	3,96%	541	2,71%	252

La tragédie se transforme en chiffres et en pourcentages, et le secrétaire de la Société d'Agriculture, Sciences et Belles-Lettres souligne dans son compte-rendu ce que l'auteur a voulu que l'on retienne. Les faibles pourcentages de morts par rapport à la population totale (environ 20 000 habitants de population fixe) « prouvent combien les appréhensions sont exagérées et si chacun se rendait compte du peu de mauvaise chance qui le menace, il serait certainement moins alarmé et moins en prise à cette terreur panique qui s'empare des esprits faibles de la population peu éclairée. » Bref, ceux qui sont avisés expliquent : ce n'est pas si catastrophique puisque l'épidémie passée, 97% des habitants étaient toujours vivants à la fin de l'année 1849. Cette relativisation a pour objectif évident de rassurer¹³.

Quand ?

Il y a d'autant moins de raisons de ne pas céder à l'affolement que l'épidémie est passée comme un accès de fièvre. Lefèvre s'attarde donc sur la durée globale et les différents temps de l'épidémie avec plusieurs tableaux journaliers à l'appui.

Les épidémies n'ont duré en effet que quelques mois : 3 mois et 18 jours en 1832 (du premier cas avéré, le 2 août, au dernier, le 19 novembre), 2 mois et 8 jours en 1834 (du 4 octobre au 12 décembre) et 5 mois en 1849 (du 31 mai au 30 octobre). Les dégâts qu'elles ont occasionnés n'ont heureusement pas connu toujours la même intensité. L'épidémie a toujours commencé *mezzo voce* puis est montée en puissance pour atteindre l'acmé durant deux semaines, trois tout au plus, puis s'est évanouie avant de disparaître. En 1849, ce ne fut que six semaines après le premier cas déclaré que le caractère épidémique s'est manifesté à partir de la mi-juillet, encore qu'il n'y eut que deux à quatre morts par jour ; puis au début août, on passa à 10, pour atteindre et dépasser 20 vers le 10-15 août ; la décrue s'amorça en septembre, la mortalité journalière passant de cinq à deux puis, en octobre, les morts « ordinaires » étaient deux fois plus nombreux que les morts « cholériques ».

Ces observations corroborent tout à fait les études connues de l'époque. Les statistiques de Lefèvre – ou plus exactement celles de M. Leprédour, son collègue de l'hôpital civil – s'accordent aussi aux autres sur la fulgurance de la maladie. « En moyenne, la mort est arrivée 29 heures après l'invasion » en 1849 mais elle mit un peu plus de temps à déboucher sur une issue fatale, au fur et à mesure que l'épidémie se développait et se réduisait : 56 heures en septembre. Le taux élevé de létalité apparaît aussi dans les pourcentages calculés, une fois encore par M. Leprédour. Pour la population civile, il fut de 60% en ville et de 69% au faubourg. Sauf pour le millier de bagnards dont 9% furent touchés avec un taux de 72%, le taux de mortalité fut généralement moins élevé pour les 4 745 autres éléments de la

¹³ *ibid.*

« population appartenant à la marine ou à la guerre », puisqu'il fut de 55 à 58% pour les 2 614 ouvriers de l'arsenal, comme pour les troupes de ligne, alors qu'il tomba à 31% pour l'infanterie de marine.

Lefèvre n'est pas mécontent de relever que, en mettant à part les forçats, l'hôpital maritime, où il travaille, a été moins mortifère et que la Marine s'en est mieux tirée que les autres corps. Il y voit le résultat des sages mesures préventives que les médecins de la marine ont fait prendre : s'étant rendu compte que l'hôpital de la marine avait été un des principaux foyers de la maladie en 1832, ils ont limité le nombre des hospitalisations. « Nul doute, proclame-t-il, que si, en 1849, l'hôpital, au lieu de n'avoir que 200 malades pendant que le choléra y sévissait, en eût reçu 8 à 900 comme en 1832, nous n'eussions eu à déplorer un bien plus grand nombre de victimes. On a donc agi sagement en retenant dans leurs casernes les hommes atteints de maladies légères, c'est une précaution qu'on devra toujours prendre en semblable circonstance. »

La contagion

Et pourtant Amédée Lefèvre se classe résolument dans le camp encore très majoritaire des « anti-contagionnistes ». C'est-à-dire les adversaires de la théorie du contagement (*cum tangere* : toucher) médiat ou immédiat, qui veulent que la maladie se transmette d'homme à homme. Et il multiplie les observations qui apportent des preuves, en étudiant les lieux, la répartition par sexe, âge, et comportement des malades.

Le choléra n'a pas été importé, affirme-t-il, reprenant les conclusions de 1832 de son collègue Repey. Il a éclaté subitement en des points éloignés, sur des individus qui n'avaient aucune relation. Les personnes ayant été en contact avec des malades n'ont pas forcément été atteintes, parfois pas du tout : ainsi les sœurs de la Charité, comme les médecins fréquentant les hôpitaux et les maisons les plus infectées ou les élèves de l'École de médecine.

Aux contagionnistes qui pourraient lui rétorquer que la mortalité fut élevée parmi les forçats employés comme infirmiers à l'hôpital, les agents civils des cuisines et de la pharmacie, les hommes et femmes assistant les malades à l'hospice civil, il répond que la cause provient du fait qu'ils étaient dans des « milieux infectés ». Lefèvre fait en effet partie du camp des « infectionnistes », c'est-à-dire de ceux qui pensent que la maladie est liée aux lieux. C'est l'air chargé d'émanations (les miasmes délétères), caractérisées par leur odeur nauséabonde résultant de la décomposition des substances végétales et animales ou humaines et des exhalaisons des organismes vivants, qui transmet la maladie. Ainsi à Rochefort, l'incrimination des mauvaises odeurs provenant en été du marais proche va-t-elle avoir la vie dure comme cause des fièvres intermittentes et du paludisme.

Lefèvre appuie sa certitude sur une cartographie très précise (rue par rue et maison par maison) de l'extension du fléau dans la ville et le faubourg au cours des trois épidémies. Il souligne que les lieux infectés sont toujours les mêmes : l'hôpital maritime, l'hôpital civil et le quartier environnant, des quartiers populaires (un quartier sud de la ville *intra muros*, alors que le centre bourgeois est épargné), et surtout certaines rues du faubourg. Il remarque que les plus touchées sont orientées NO-SE, comme les vents dominants, et que les maisons les plus infectées se situent du côté sud de la rue, le plus humide. Il signale aussi la coïncidence entre le violent orage survenu le 5 août 1849, après lequel « le nombre des cas s'est le plus élevé sous l'influence de l'humidité ». En se rendant dans les maisons, il incrimine les cours longues et étroites rarement ensoleillées, comme « la chambre unique n'ayant d'autre ouverture qu'une porte et une fenêtre percées dans la même direction », les « miasmes délétères » exhalés par la stagnation des eaux ménagères qui s'écoulent dans des puits perdus mal fermés d'où s'échappent des « gaz putrides », et surtout « la mauvaise disposition des latrines, placées au bas des escaliers, de sorte que les émanations qui s'en échappent pénètrent dans les appartements supérieurs ». Ce ne sont pas les bacilles « virgules » (vibrions) qui pullulent dans les matières fécales qui sont responsables¹⁴ mais les odeurs des déjections humaines.

¹⁴ On ne les connaît pas encore et c'est l'Allemand Koch qui les découvrira en 1883.

Aux lieux s'ajoutent des caractères liés aux individus. Les femmes sont un peu plus touchées que les hommes et ce sont surtout les plus jeunes et les plus vieux sujets qui fournissent les victimes. Les maladies antérieures ne semblent avoir aucune incidence, ni pour prédisposer ni pour immuniser. Mais surtout, le titulaire de la chaire de pathologie interne et d'hygiène qu'il est, suit les cours professés par ses illustres prédécesseurs, Hallé (1754-1822), Fodéré (1764-1834) ou Chaptal (1756-1832) qui synthétisent néo-hippocratismes et aérisme et qui enseignent que les *circumfusa* (air), les *ingesta* (aliments, boisson), les *applicata* (vêtements), *precepta* (mœurs) et *gesta* (gestes) sont déterminants dans le maintien ou la dégradation de la santé. Il repère donc aussi le mauvais régime alimentaire de la classe populaire affectée par le choléra¹⁵ et sa boisson qui se réduit dans le faubourg à de la piquette et de l'eau de puits séléniteuse car il n'existe pas de fontaine. Il insiste surtout sur « les habitudes de débauche et d'intempérance », ce que prouve le nombre élevé de victimes parmi les filles publiques et les ivrognes.

Les remèdes

Lefèvre reconnaît qu'aucun remède n'a été efficace jusqu'alors et il évite prudemment de se prononcer nettement en cette matière délicate. Sans doute prend-il de la distance avec la méthode du chef de « l'école physiologique », Broussais, dont il ne cite d'ailleurs pas le nom, et qui, en fonction de son explication fondamentale de la maladie par l'irritabilité, c'est-à-dire l'inflammation, prônait les antiphlogistiques. Si bien qu'on fit une consommation effrénée de sangsues au début des années 1830 dont le prix grimpa à une vitesse vertigineuse. S'il se permet la critique, c'est parce que cette thérapeutique qui avait été utilisée en 1832 à Rochefort, a perdu tout crédit, comme son célèbre initiateur. En revanche, il ne prend pas nettement parti pour les plus connus des adversaires de Broussais, les Magendie ou Bretonneau. Il estime cependant que les révulsifs et opiacés pourront « sinon guérir, du moins modifier avantageusement les symptômes les plus graves ». Il rappelle que M. Quoy, aujourd'hui inspecteur général du service de santé de la Marine – qu'il est hors de question de mettre en cause –, a eu « recours aux injections salines dans les veines » suivant les expériences de Latta¹⁶ et que si « les résultats obtenus ne démontrèrent pas l'efficacité de cette médiation hardie, ils prouvèrent qu'elle n'avait pas les dangers qu'on aurait pu lui attribuer ». Il énumère toutes les médications utilisées : « l'azotate d'argent en solution, soit en potion, soit en lavement, la teinture de hachis, le chloroforme, le sous-nitrate de bismuth, le vinaigre... » et préfère finalement faire des recommandations de salubrité caractéristiques de l'hygiénisme : élargissement et aération des rues, destructions des taudis, irrigation des caniveaux, installation de fontaines d'eau potable...

Intérêts du document

Une copie conforme

Les chiffres fournis par Lefèvre permettent à l'historien d'alimenter la description des épidémies dans un lieu donné, durant les deux décennies où le choléra fut un détonateur dans la société, mais cette description ne fait que confirmer le schéma général. Son analyse n'apporte absolument rien de neuf dans les débats de l'époque, en évitant de prendre parti sur les points les plus controversés, car il n'est avant-gardiste en rien. Et c'est paradoxalement en cela que son mémoire est aussi intéressant.

Du point de vue scientifique, s'il jongle avec la statistique, c'est sans invention et sans problématique nouvelle. Dans le débat entre infectionnistes et contagionnistes, il est du côté des

¹⁵ « Elle ne mange presque jamais de soupe, rarement de la viande ; ses aliments de prédilection sont le poisson fumé ou salé (harengs, sardine, morue), des coquillages, de la salade d'herbes apprêtée le plus ordinairement avec de l'huile de noix et un excès de vinaigre ; dans la saison des melons de qualité inférieure ou de mauvais fruits ».

¹⁶ Thomas Latta avec les Dr Lewins et Craigh de Leith, après avoir analysé les travaux du Dr O'Shaughnessy traitent trois cholériques en 1830 par «the copious injections of aqueous and saline fluids into the veins ». Latta, jeune médecin, injecte avec audace et avec la seringue de Read 3 litres d'eau additionnée de chlorure de muriate et de sous carbonate de soude afin de compenser les pertes hydroélectrolytiques. La technique va connaître un grand essor au cours des nombreuses épidémies de choléra qui touchent l'Europe tout au long du XIXe siècle. Le succès de la méthode encourage les opérateurs à l'employer avec des produits divers : lait, sucre, ammoniac, sans oublier le chloral qui permet la première anesthésie intraveineuse par le chirurgien Gabriel Oré de Bordeaux.

premiers et des plus nombreux, alors que ce sont les seconds qui auront raison, pas parmi les plus connus d'ailleurs. Peu écoutés en leur temps et bien oubliés aujourd'hui, les Moreau de Jonnés (statisticien) et Gendron (un obscur médecin de province) avaient raison contre les grands noms de la médecine.

Lefèvre est du côté de ceux qui repoussent toute idée de cordon sanitaire dans une société de plus en plus acquise aux vertus du libéralisme. Il l'est d'autant plus qu'il lui faut réfuter l'idée, bien ancrée dans la population, que ce sont les troupes itinérantes, celles des marins en particulier venant de contrées lointaines, qui apportent les germes des épidémies.

S'il admet l'impuissance de la médecine à trouver les remèdes efficaces, il se réfugie dans des recommandations hygiénistes générales. Son mémoire est en effet une sorte de copie conforme de l'analyse et du discours des hygiénistes de la première moitié du siècle. Son étude se situe dans la lignée de celles du docteur Villermé (1782-1863), auteur d'une fameuse étude sur les ravages du choléra *morbis* à Paris en 1832 puis du célèbre *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers de la soie* en 1840, où, comme la misère, la maladie est d'abord le fruit de l'imprévoyance, de la dissipation, de l'ivrognerie et de la débauche. Si Lefèvre, comme nombre de médecins de son époque, voit bien les influences néfastes d'un habitat sordide où s'entassaient les classes laborieuses, il ne dit mot des raisons profondes de cette situation et évite de porter le moindre jugement sur le système économique et social dont les socialistes « utopiques » de l'époque pointent les responsabilités dans l'asservissement et la misère des masses.

En réalité, comme la grande majorité de ses confrères, Lefèvre oppose le rationalisme et le sang-froid des médecins à l'obscurantisme et la panique populaire. C'est un notable qui, s'il n'est pas insensible à la misère physiologique et morale, est partisan de la conversion aux vertus de l'ordre, de la tempérance et de la sobriété pour que le peuple recouvre la santé. Il faut le rassurer tout en le disciplinant. La hantise du désordre qui pointe dans son discours, illustre cette peur sociale des « classes laborieuses » assimilées à des « classes dangereuses » qui avait saisi les élites au début de la Monarchie de Juillet et qui les avaient encore plus inquiétées au printemps 1848. Hygiéniste en apparence, le discours est d'abord moral et véhicule des préjugés sociaux.

Le médecin et la politique

La position sociale de Lefèvre et dans la vie politique locale illustrent bien la place grandissante du médecin civil ou militaire dans le gouvernement. Faire de la politique, c'est faire de la médecine par d'autres moyens¹⁷. Les médecins sont donc au cœur des commissions de salubrité. Ainsi une commission municipale sera-t-elle mise en place à Rochefort en 1850 pour l'application des lois sur les logements insalubres qui viennent d'être votées. Lefèvre en fera évidemment partie pour activer la mise en place du programme hygiéniste dont il a tracé les orientations dans son mémoire.

Mais on doute que les résultats aient été bien probants si l'on en juge par les plaintes continuelles, durant les années suivantes, de la population des quartiers populaires sur les risques de contagion. La mobilisation contre les odeurs nauséabondes des eaux de lessive émises par les buanderies du faubourg, qui allait être à l'origine d'une véritable affaire dans les années 1860¹⁸, illustre combien la peur du choléra subsistait, toujours alimentée par la malfaisance des miasmes délétères.

Mais à cette époque, Lefèvre n'est plus à Rochefort. L'école de médecine a été maintenue et peut-être a-t-il pensé avoir contribué efficacement à son maintien. Il a donc pu être promu 1^{er} médecin en chef le 3 février 1852. Mais il faudra qu'il attende le décès subit, en janvier 1854, de son collègue Gustave Théodore Laurencin, son cadet de quelques mois, dont les origines et le profil de carrière sont en tout point semblables aux siens, mais toujours avec un temps d'avance sur lui, pour qu'il lui succède comme président du Conseil de santé. Il ne restera cependant pas longtemps dans la ville-

¹⁷ O. Faure, *op. cit.*, p. 115.

¹⁸ Alain Dalançon, « Les buandiers de Rochefort en accusation sous le Second Empire », *Roccafortis* n° 42, sept. 2008, p. 107-121.

arsenal où il avait fait presque toute sa carrière car il ira la terminer en apothéose à Brest ; c'était tout de même plus sûr et plus valorisant qu'à Rochefort.

On voit donc comment ce petit document sur le choléra, qui ne devait pas rester marquant dans les annales de la science, est un révélateur. De la même manière que le fléau lui-même fut un révélateur pour la médecine qui, malgré ses échecs, allait acquérir des pouvoirs et des responsabilités accrus auprès des autorités, et plus largement un révélateur au regard des enjeux politiques concernant l'organisation de la société et son bon fonctionnement.

Alain Dalançon

Professeur honoraire de chaire supérieure en histoire

Vice-président de la Société de Géographie de Rochefort