

Au temps des expéditions et des colonnes de pénétration de l'Ouest-Africain :

les médecins « coloniaux » de la Marine au Sénégal et dans le Haut-Fleuve

Joël Le Bras (Bx 58)

2^e Partie : Les officiers de santé de la Marine aux colonies entre 1816 et 1876

1. Des dispositions statutaires souvent déconcertantes

Comme on l'a vu dans la première partie, ce sont exclusivement des médecins et pharmaciens de la Marine, entretenus comme auxiliaires, qui ont naturellement suivi les troupes, également de la Marine, dont les premières (le « bataillon d'Afrique ») étaient venues réoccuper le Sénégal à partir de 1816. Bien que la deuxième Restauration ait décidé de tarir le recrutement des médecins dits auxiliaires, la pénurie en entretenus volontaires pour l'outre-mer va obliger le gouvernement monarchique à recourir à nouveau à ce type de personnel précaire, recruté en dehors des trois « vieilles » de Toulon, Rochefort et Brest, mais en y subissant néanmoins une formation accélérée avant d'être lâchés en quelque sorte dans la nature.

Pendant plus de dix ans, la situation aux colonies va être calamiteuse pour toute une série de raisons :

- La réduction drastique des effectifs, en auxiliaires, mais aussi en entretenus, telle que déjà invoquée, mais qui se justifiait, dans l'esprit des dirigeants, par le retour à l'état de paix, lequel n'était pourtant bien souvent, dans la France de l'époque, qu'un leurre.

- Les pertes en officiers de santé dans les colonies récupérées, du fait des maladies tropicales, cause non seulement de décès en nombre mais aussi de réformes pour incapacités diverses.

- Le fléchissement du volontariat colonial chez les entretenus en raison de l'institution d'un concours interne spécifique et faute d'un statut et d'un profil de carrière définis par des textes précis, sans même parler des avantages négligeables accordés par rapport à ceux des médecins embarqués, lesquels ne cessent pourtant de déplorer, de leur côté, leurs aléas de carrière...

- Un détournement accru des effectifs vers les escadres soudain renforcées en Méditerranée occidentale du fait des menaces de troubles révolutionnaires pesant sur les Balkans, le royaume de Naples et la péninsule ibérique. La flotte française interviendra d'ailleurs aux côtés de la Grèce dans la campagne de Morée, contre les Turcs.



Kéraudren (Pierre-François).

Il faudra attendre l'arrêté du 5 septembre 1827, signé de l'inspecteur général du service de santé de la marine, Pierre Kéraudren, pour que les officiers de santé servant aux colonies se voient dotés d'une première « charte ». Le texte prévoit notamment que :

- Les chirurgiens entretenus des trois premières classes (grades) peuvent désormais se porter volontaires outre-mer sans passer de concours spécifique,

- Le recrutement d'auxiliaires de 2^e et 3^e classe est à nouveau autorisé sans concours spécifique d'incorporation (seul le résultat de leur stage de perfectionnement dans l'une des trois « vieilles » décidera de leur maintien dans le corps des auxiliaires). S'ils acceptent de se porter volontaires pour l'outre-mer, ils seront automatiquement transformés en entretenus de la même classe à l'issue de leur premier séjour.

- pour les chirurgiens de 3^e classe partis outre-mer, le passage à la 2^e classe sera automatique au bout de deux ans de séjour, le concours restant néanmoins obligatoire pour le passage de la 2^e à la 1^{re} classe.

- L'officier en chef de chaque colonie pourra également être recruté parmi les chirurgiens de 1^{re} classe entretenus titulaires du doctorat en médecine.

Tout est donc mis en œuvre pour revaloriser la fonction et faciliter la carrière du chirurgien de marine outre-mer. Peu à peu, les vides se comblent, sur les stationnaires, dans les hôpi-

taux et lazarets coloniaux, dans les camps militaires, les forts et lors des expéditions de reconnaissance ou de maintien de l'ordre.

L'ordonnance royale du 17 janvier 1835 (tout comme plus tard le décret impérial du 17 juillet 1865) maintient le volontariat pour les officiers de santé d'outre-mer. Le texte de 1865 fait disparaître le terme de chirurgien pour les trois premières classes, au profit de « médecin ». La 3^e classe (sur concours à la sortie des écoles) prend alors le nom « d'aide-médecin ». Ce qu'on appelle vulgairement le « tour colonial » ne fait son apparition qu'avec le décret du 31 mai 1875, qui, par ailleurs, prend le contrepied du texte de 1865. Ce décret :

- réunit pour la première fois dans un même « tableau d'effectifs » tous les médecins et tous les pharmaciens, ce qui les soumet tous aux mêmes règles d'avancement et donc d'affectation.

- rend obligatoire le « tour colonial », tout en permettant les reports et les permutations dans l'intérêt du service.

En 1865, le doctorat en médecine était obligatoire pour tous dès le grade de médecin de 2^e classe et les aides-médecins étaient d'abord affectés dans les ports pour préparer et soutenir leur thèse. De ce fait ils étaient dispensés d'embarquement. Avec le texte de 1875, le doctorat n'est plus obligatoire pour accéder à la 2^e classe et les aides-médecins peuvent embarquer immédiatement ou partir outre-mer à la sortie des écoles et sur désignation. Pour passer d'un grade à un autre, seul le concours interne est exigé. L'avancement en est certes favorisé, mais cette fluidité va cependant faire qu'au bout de quelques années le nombre de médecins de 1^{re} classe va augmenter dangereusement et qu'ils devront accepter des postes de 2^e classe, ce qui va amener les médecins de 2^e classe à ne plus passer le concours de 1^{re} classe, faute de suffisamment de postes correspondant à ce grade. Le nombre de médecins de 2^e classe non thésés va alors croître et l'on retrouvera peu à peu sous l'uniforme ce type qu'on croyait oublié de vieux « deux galons » blanchis sous le harnois.

Puis ce sont les médecins de 1^{re} classe, dont beaucoup non thésés, eux aussi, qui vont commencer à démissionner à leur tour en masse, refusant d'accepter des postes de responsabilité, pourtant accessibles du fait de leur ancienneté, afin d'aller (ou de rester) exercer la médecine privée outre-mer (comme ce sera le cas aux Antilles). Du même coup, le « tour colonial » dans les postes non souhaités revient de plus en plus régulièrement aux médecins de 2^e classe, que l'on voit désormais effectuer couramment deux séjours ou plus d'affilée.

C'est sous ce régime pour le moins laxiste et injuste que vont opérer les médecins arrivés au Sénégal au temps des gouverneurs des

débuts de la « conquête » du continent à partir de cette colonie : Le colonel Brière de L'Isle (1876-1881), le capitaine de vaisseau Delanneau (1881), le colonel Canard (1881-1882), le capitaine de vaisseau Vallon (1882), Servantius (1882-1884). C'est Brière de L'Isle qui, du fait de la longueur de son gubernariat, donne la véritable impulsion à la colonisation du Sénégal. Il aurait pu rester plus longtemps en poste mais en décidant d'augmenter les droits de douane internes, il s'était aliéné les tout-puissants commerçants de Saint-Louis.

2. Médecins et pharmaciens de la Marine aux colonies : une étonnante polyvalence

Quand on évoque les officiers de santé de la Marine aux colonies, on ne peut passer sous silence l'importante contribution scientifique qu'ils ont apportée à une colonisation encore balbutiante, donc avant même que ne s'engage la conquête proprement dite. Il faut d'abord savoir qu'hormis les officiers issus des écoles de Saint-Cyr et de Polytechnique, seuls les médecins et pharmaciens sont bacheliers (es-lettres depuis 1824, es-lettres et es-sciences, ou les deux depuis 1853). L'officier de santé est de ce fait écouté, et même respecté, au sein des troupes des corps expéditionnaires, jouissant de la considération des états-majors dont il est le conseiller technique.

Dans la position privilégiée qu'il occupe, on finit par attendre de lui, comme l'a dit Forget, « qu'il sache tout », en fait tout ce que les autres ne peuvent ou ne savent faire. Et il arrive que ce ne soit plus l'aspect médical de sa fonction qui prime, ses compétences techniques et ses moyens mêmes de soigner en limitant d'ailleurs la portée, mais plutôt ses penchants personnels, son éclectisme scientifique, sa disponibilité qui l'amènent à s'intéresser aux sujets les plus variés. Deux cas en fait peuvent se présenter : celui de médecins déjà missionnés, en accord avec la hiérarchie, comme « correspondants » de sociétés savantes (géographie, anthropologie) ou de musées (Musée d'histoire naturelle de Paris, Musée de l'Homme), et qui ont suivi, pour ce faire, ce qu'on appelle alors des « cours pour explorateurs » donnés par les meilleurs savants du moment. Et, situation la plus courante, celle de médecins déjà en place et qui, dans leur poste isolé ou à l'occasion d'expéditions diverses, découvrent des sujets d'intérêt totalement nouveaux pour eux, et qui s'y passionnent, parfois même au point que les hobbies que ces activités parallèles finissent par représenter, en viennent à parasiter leur activité médicale proprement dite. Le coup de cœur est souvent brutal, la curiosité fait le reste, la rigueur en matière d'analyse, de classification, de synthèse n'est pas toujours au

rendez-vous, mais l'apport reste indéniable dès lors qu'à leur retour en métropole, tous ces chercheurs et inventeurs en herbe, songent eux aussi à livrer le produit de leurs découvertes aux scientifiques chevronnés de nos sociétés savantes et muséums nationaux dont, lors des séjours suivants, ils deviennent à leur tour des correspondants attirés.

Nombre de médecins et pharmaciens de la Marine firent ainsi, tout au long du XIX^e siècle, avec plus ou moins de bonheur, mais toujours avec enthousiasme, de la cartographie, de la géographie (y compris, et c'est heureux, de la géographie médicale), de l'hydrologie, de la géologie, de l'archéologie, de la minéralogie, de l'astronomie, de la pétrographie, de la zoologie, de l'entomologie, de la paléontologie, de la botanique, de la météorologie, de la climatologie, avec un penchant plus accusé peut-être pour les sciences qui touchent de plus près l'homme, et souvent encore bien balbutiantes, comme l'anthropologie, l'ethnologie, la sociologie, la démographie...

À titre d'exemple, nous citerons :

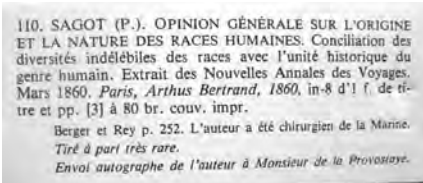
- le chirurgien de 1^{re} classe Barthélémy Benoit qui, en 1859, entreprend à la demande des maîtres de la Société française d'anthropologie que sont Geoffroy-St-Hilaire, De Castelnau et Brocq, une étude approfondie - et qui fera date - des Yolloffs ou Oualofs, des Mandingues ou Malinkais et des Foulabés ou Peuls. Ses travaux seront publiés à la fois dans les Cahiers de la société et dans les Archives de médecine navale (Tome I-1864).



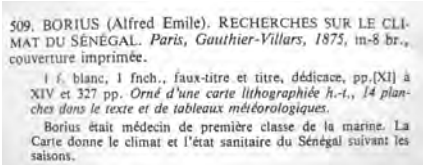
Haut Sénégal : Peul berger – dessin d'Émile Bayard, d'après une photographie.

- Le chirurgien de 2^e classe Sagot qui publie en 1860 dans les « Nouvelles annales des voyages » un important travail sur « l'ori-

gine et nature des races humaines », sous-titré « Conciliation des diversités indélébiles des races avec l'unité historique du genre humain » : tout un programme !



SAGOT. Extrait des Nouvelles annales des voyages.



Borius. Recherche sur le climat au Sénégal.

– Le médecin de 1^{re} classe Alfred-Émile Borius qui publia en 1875, chez Gauthier-Villard à Paris, un important traité sur « le climat au Sénégal », avec une carte d'une grande précision. Il fait partie en fait de ces multiples médecins « climatologues » qui, comme Robert Héristel Gestin, futur inspecteur général du service de santé de la Marine (thèse de 1857 sur l'influence des climats chauds sur l'Européen) s'intéressèrent par la force des choses à ce paramètre incontournable de l'environnement africain, qui pèse si lourdement sur l'état sanitaire des colons comme des populations autochtones.

– Le médecin de 1^{re} classe A. Raçon qui publia une « étude de géographie et d'histoire » du Boundou, de 1861 à nos jours (c'est-à-dire 1894, année de parution de son travail). Ce médecin qui avait opéré dans tout le Moyen et Le Haut Fleuve pendant une dizaine d'années, fut chargé plus tard (1891) d'une mission scientifique en Haute Gambie. Remarquable botaniste (il publiera une « étude botanique exotique en 1895 », il découvre notamment que le karité produit une substance, la gutta-percha, que l'industrie électrique naissante utilisera d'emblée comme isolant. Il identifiera également le kinkilibah et les vertus fébrifuges de son écorce.

3. Les grands problèmes des médecins de marine aux colonies : les fièvres et les miasmes

Tout ce siècle, dix-neuvième du nom, consacré à l'occupation puis à l'appropriation de ces terres qui deviendront l'Afrique occidentale française (mais le problème est le même pour l'Afrique centrale dite équatoriale), les médecins de la Marine seront confrontés à un problème majeur, lancinant et irritant à la fois car jamais résolu aux plans

étiopathogénique et même taxonomique, à savoir celui de la fièvre (ou plus précisément des fièvres). En l'absence de l'arme microscopique ouvrant les portes de la bactériologie et de la parasitologie, la fièvre demeure une entité « subjectivo-symptomatique aux mille visages ». D'une manière générale, et en fonction de son allure et de sa gravité, les médecins essaient de la rattacher à une maladie donnée connue, ou du moins à l'une de ses formes cliniques. Mais ce n'est pas toujours le cas et il arrive fréquemment que faute d'avoir pu rattacher telle ou telle fièvre à une entité morbide connue, les médecins en font carrément une véritable entité clinique ; de tels diagnostics « par défaut » sont révélateurs, ô combien, des lacunes médicales de l'époque.

En 1862, le chirurgien de 1^{re} classe Griffon du Bellay décrit, dans un traité, des fièvres simples, biliaires, hématisées, adynamiques, ataxiques, comateuses, délirantes, convulsives, algiques, typho-malariennes : il en rattache certaines à la malaria, mais pour d'autres, il se refuse à trancher. Ce qui n'est pas toujours le cas chez certains professeurs des écoles de médecine et de chirurgie navales, pour qui, derrière chaque type de fièvre, il y a une maladie qu'ils prétendent avoir identifiée et à laquelle il leur arrive même d'attacher présomptueusement leur nom.



Griffon du Bellay.

Un moment, chaque professeur de ces écoles, qui a forcément « fait l'Afrique » mais bien souvent, et malheureusement, pas toujours très longtemps, sort devant ses élèves « sa » classification personnelle des fièvres tropicales. À partir de 1870, et en faisant un tri sévère dans la littérature médicale produite par les médecins de marine, on fait émerger cinq grands types de fièvre : les inflammatoires, les bilieuses, les muqueuses, les malignes et les putrides. Mais tout est gâché, en fait, par l'introduction dans ces cinq types, de « classes » ou même de « sous-classes » multiples de la part de professeurs zélés ou dépités de n'avoir pas encore eu le droit de « placer » leur forme clinique de tel ou tel état morbide, dans la classification générale. À titre d'exemple, en 1880, on impute aux fièvres dites « inflammatoires » au moins une dizaine de subdivisions différentes : les continues, les rémittentes, les

subintrantes, les intermittentes, les tierces, les quartes, les hectiques, les synoques et, pour couronner le tout, les fièvres mixtes ! Lapeyssonnie écrira plus tard à ce propos : « L'Afrique était alors le pays des fièvres ; débilitantes et mortelles, elles étaient la source de tous les maux, la cause de tous les décès. Jusqu'aux découvertes de Koch et de Pasteur, la fièvre était la maladie en elle-même. On n'en connaissait pas les causes, mais en revanche, on constatait ses effets sur divers appareils et organes du corps humain. Or que fait un médecin quand il ignore ? Il décrit et il classe... ». Et, ajoute Lapeyssonnie : « Le charabia que représentent toutes ces classifications est manifestement aggravé par touche coloniale ».

Nous serions pourtant de mauvaise foi de ne voir dans ces classifications qu'un exercice de style ou la manifestation d'une ignorance. C'est aussi au fil de ces inventaires multiples, dont les variations dans le temps témoignent en fait de découvertes progressives, qu'on va passer peu à peu d'une médecine « purement symptomatique » à une médecine « progressivement diagnostique ». Ainsi verra-t-on également apparaître des simplifications taxonomiques et même de vocabulaire. Tomberont les premières en désuétude la fièvre hectique, fièvre continue de longue durée, ou la fièvre synoque, qui ne rend pas fou comme le croyaient autrefois bien des étudiants en médecine, mais qui n'est qu'une fièvre continue, mais de courte durée celle-là ! Seul le paludisme, et pour longtemps encore, affection de toute manière symptomatique complexe, gardera quasi-intacte jusqu'à nos jours sa classification « fébrile » si particulière, depuis ses formes intermittentes « tierces » et « quartes » jusqu'à sa forme rémittente, en passant par la « perniciose », expression maligne du mal et, toujours l'« apyrique algide » si souvent à l'origine d'erreurs de diagnostic.

En résumé, on peut donc dire que les classifications nosologiques actuelles, dont aucun homme de l'art ne songerait à se passer, ont trouvé leur origine dans les premiers classements symptomatiques ou syndromiques des médecins du XIX^e siècle, s'affinant ensuite par touches successives grâce aux méthodes de plus en plus précises de recherche étiopathogénique et de diagnostic.

Quelques exemples de classifications établies par les médecins de la marine en service aux colonies méritent ainsi d'être cités, en faisant remarquer que le plus souvent ces praticiens distinguent les pathologies propres aux Européens et celles des populations autochtones. Ainsi pour ce qui est des Blancs, on connaît par exemple la classification du chirurgien de 1^{re} classe Barthélémy Benoit qui décrit chez ces derniers sept maladies tropicales. Cette classification vient compléter celle du chirurgien de 1^{re} classe J.-P. Thévenot dans son

« Essai statistique, médical et hygiénique par effet du sol et du climat sur les maladies des Européens au Sénégal » (1840). Succéderont notamment à ces études celles du chirurgien de 2^e classe Hippolyte Duprat dont la thèse s'intitule « considérations hygiéniques et pathologiques sur le Sénégal » (1860) – Duprat fut également surnommé le « roi des griots » pour avoir organisé des chorales d'autochtones, avant d'écrire son opéra « Pétrarque » qui disparut dans l'incendie, par la Commune insurgée, du théâtre Lyrique en 1871, du premier médecin en chef Dutrouleau (1861), du chirurgien de 1^{re} classe Béal qui, en 1864, décrit six grandes entités pathologiques de l'Européen (les fièvres paludéennes regroupées en un vaste fourre-tout, avec pas moins d'une quinzaine de formes différentes, le syndrome dysentérique, la dothiéntérie ou fièvre typhoïde, l'hépatite « simplex » pour la différencier de la « fièvre hépatique » de la malaria, la colique sèche de l'Européen et la fièvre articulaire, que Thaly, dans sa propre classification, avait appelé « dengue » pour l'avoir entendu appeler ainsi par les esclaves zanzibarites transitant des côtes orientales de l'Afrique vers la péninsule arabique. Citons encore, parmi les taxonomistes, le médecin de 1^{re} classe Pierre Doué, auteur, sur ce thème, d'une thèse de 1872, et aussi de l'ancien chef du service de santé du Sénégal (1871-1874) Laurent Béranger-Féraud, qui, entre 1875 et 1877, sortira son vaste « Traité clinique magistral des maladies des Européens au Sénégal ». En poste au Sénégal en 1873, le médecin de 2^e classe Georges Lédin présentera en 1882 sa thèse sur la « climatologie et la pathologie au Sénégal », dans laquelle il fournit la énième classification des fièvres tropicales.



Féraud (Jean-Baptiste Laurent) dit Béranger-Féraud.

Certains médecins tentent courageusement de présenter des thèses et travaux sur une seule des affections rencontrées lors de leur affectation. Le paludisme et la fièvre jaune se taillent évidemment la part du lion dans le palmarès. Pour ce qui concerne le premier citons au hasard des thèses (le quart de celles soutenues par les médecins de Marine aux colonies au XIX^e siècle est consacré à cette affection !), celle du chirurgien de 2^e classe Louis Auguste Le Blanc (« de la fièvre bilieuse des pays chauds » – 1860) ou celle du médecin de 2^e

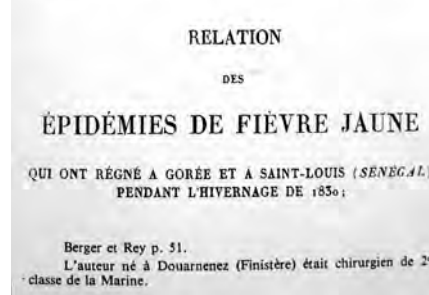
classe Théodore Manceau (« Étude sur la fièvre hématurique » – 1872). Les études concernant la fièvre jaune apparaissent cycliquement, au décours des épidémies. En 1836, le chirurgien de 2^e classe Émile Chevê consacre sa thèse à la « relation des épidémies de fièvre jaune qui ont régné à Gorée et à Saint-Louis pendant l'hiver de 1830 ». Béranger-Féraud en fit une étude approfondie (1874).

80. LEBLANC (Louis-Auguste). DE LA FIÈVRE BILIEUSE DES PAYS CHAUDS. Thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 26 juillet 1860. Paris, Rignoux, 1860, in-4 de 72 pp., br.

Berger et Rey p. 151.
L'auteur était chirurgien de 2^e classe de la Marine impériale.

Thèse Leblanc (1860).

517. CHEVÊ (Emile). RELATION DES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE QUI ONT RÉGNÉ À GORÉE ET À SAINT-LOUIS (SÉNÉGAL) PENDANT L'HIVERNAGE DE 1830. Thèse présentée et soutenue à la faculté de Médecine de Paris, le 15 mars 1836. Paris, Didot le Jeune, 1836, in-4 de 49 pp., br., couv. moderne.



Thèse de Chevê (1836).



Étude de Bérangé-Féraud (Annotations manuscrite de la main de Hippolyte Larrey).

L'hépatite, elle aussi, préoccupe les médecins de la Marine aux colonies. C'est le cas du chirurgien de 2^e classe Pierre-Marie Hervé qui, dans un essai sur la « topographie médicale du Sénégal » consacre à l'hépatite un chapitre conséquent (1845). La thèse du chirurgien de 2^e classe Achille Berg (1860) s'intitule : « Étude sur l'étiologie de l'hépatite observée

au Sénégal », celle du chirurgien de 2^e classe Théophile Reboulleau (1865) « Étude sur l'hépatite des pays chauds ».

98. REBOULLEAU (Théophile). ÉTUDE SUR L'HÉPATITE DES PAYS CHAUDS. Thèse pour le Doctorat en médecine présentée et soutenue le 25 août 1865. Paris, A. Parent, 1865, in-4 de 38 pp., et 1 f. blanc, br., non coupé.

A échappé à Berger et Rey.
L'auteur était chirurgien de la Marine.

Thèse de Reboulleau (1865).

506. BERG (Achille). ÉTUDE SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'HÉPATITE OBSERVÉE AU SÉNÉGAL. Thèse. Paris, Rignoux, 1860, in-4 de 21 pp., br., couverture muette.

V. Rozier 327.
Berger et Rey p. 23.
Berg, né à l'Île de la Réunion, était chirurgien de 2^e classe de la marine impériale.

Thèse de Berg (1860).

La dysenterie a intéressé également certains médecins, comme le chirurgien de 2^e classe Félix Simonot, qui intitule sa thèse (1850) : « De la dysenterie au Sénégal ».

Enfin, on ne peut quitter le domaine des multiples publications concernant les maladies des Européens sous les tropiques en général et au Sénégal en particulier, sans parler d'une entité pathologique particulière qui préoccupa plus d'un médecin de la Marine : nous voulons parler de la « colique sèche ». Directeur du service de santé du Sénégal en 1853-1854, Louis Alexandre Petit s'était érigé en « spécialiste » de cette affection, qu'à l'occasion des ses congés, il viendra volontiers décrire aux étudiants de l'école de médecine navale de Rochefort. Un homonyme, le chirurgien de 2^e classe P.M. Petit avait rédigé aussi sa thèse sur le sujet, l'intitulant « Considérations hygiéniques et médicales sur la colique sèche des pays chauds » (1855).

93. PETIT (P.M. Désiré). CONSIDÉRATIONS HYGIÉNIQUES ET MÉDICALES SUR LA COLIQUE SÈCHE DES PAYS CHAUDS. Thèse pour le Doctorat en médecine présentée et soutenue le 16 mai 1855. Paris, Rignoux, 1855, in-4 de 36 pp., br., mouillé.

Berger et Rey p. 201. Première édition.
L'auteur était chirurgien de la Marine.

Thèse Petit (1855) Paris.

Quand à Albert Chassaniol, moins connu que son frère Charles-Barthélémy, et qui fut médecin de l'île de Gorée puis du stationnaire du Sénégal l'Archimède (1864-1869), il avait également consacré sa thèse à la « colique sèche des pays chauds » (1872).

Pour ce qui est des populations indigènes, les classifications, elles non plus, ne manquent pas. Griffon du Bellay est l'un des premiers à en établir une, particulièrement détaillée, suivi par un ancien directeur du service de santé au Sénégal Charles Barthélémy Chassaniol qui, entre 1825 et 1859, effectua dans cette colonie la bagatelle de... huit séjours, ce qui lui permit de dresser un monumental inventaire des maladies des autochtones, intitulé « Contribution à la pathologie

de la race noire ». Chassaniol fit un certain nombre d'émules comme le chirurgien de 2^e classe Borius, déjà cité, dans sa thèse « nosologique » sur les maladies du poste de Dagana (1864). Devenu prévôt de l'hôpital de Saint-Louis puis chef du service de santé de Gorée, Borius finit par rédiger, entre 1880 et 1882, une « Topographie médicale du Sénégal » qui fut longtemps autorité. En 1866, le chirurgien de 2^e classe Thaly, en poste à Bakel, avait livré de son côté une étude détaillée sur les « habitants du Haut-Sénégal et leurs maladies ».

Autant dire que les pathologies présentées par les indigènes sont encore plus variées que celles des Européens, et les classifications encore plus ardues à effectuer. Plutôt gênés aux entourures quand il s'agit de décrire les fièvres des Noirs et essayer d'y mettre de l'ordre, les médecins de la Marine réussissent à individualiser un certain nombre de maladies « caractéristiques ». Charles Barthélémy Chassaniol les a rassemblées dans un inventaire, qu'il admet lui-même n'être en rien exhaustif : il s'agit de la folie et de l'épilepsie, de la maladie du sommeil (qu'il appelle « somnolence cachectique »), de la lèpre, de l'éléphantiasis des membres inférieurs et du scrotum, des « pians » forestiers, du goitre, de l'hématurie de l'enfant (signant une bilharziose vésicale), du ver de Guinée, de l'ulcère des membres inférieurs, du tétanos ombilical... Cette dernière affection avait été déjà décrite par le chirurgien de 2^e classe Napoléon Baillex dans sa thèse de 1837 : ce médecin n'y voyait guère de différence avec la forme observée en Europe, mais il insistait sur les pratiques déplorables des matrones traditionnelles. Le ver de Guinée fera l'objet peu après de la thèse du chirurgien de 2^e classe Lucien Joubert, « Remarque sur le dragonneau ou filaire de Médine » (1864) ; Le nom de Médine tenait au fait que Joubert était en poste dans ce fort du Haut-Fléuve. Alfred Borius, médecin très prolifique, en fit aussi une publication. Quant à l'ulcère des membres inférieurs, très courant chez le Noir, et déjà évoqué dans la classification de Thaly, il fit l'objet en 1866 d'un essai sur « le phagédénisme de la zone tropicale » du médecin de 2^e classe Philippe Aude, lequel l'avait observé au Sénégal mais aussi en Cochinchine.

Dans l'inventaire de Chassaniol, on retrouve aussi le fameux « mal-cœur » (ou « mal d'estomac des Nègres »), rappelé régulièrement dans les exposés des écoles de médecine et de chirurgie navales par les médecins-professeurs Fonssagrives et Le Roy de Méricourt. Ce syndrome restera longtemps une énigme. Couramment observé par les médecins de la Marine puis des troupes coloniales, il pourrait s'agir d'une ankylostomiase intestinale massive ou de paludisme viscéral évolutif.



Fonssagrives (Jean-Baptiste).



Le Roy de Méricourt (Alfred).

Outre les « fièvres » dont les mécanismes pathogéniques autant que l'individualisation des formes cliniques posèrent tant de problèmes aux médecins de la marine outre-mer, comme elles en posaient d'ailleurs à tous les autres médecins du XIX^e siècle, un autre sujet les préoccupait au plus haut point, à savoir l'étiologie des maladies transmissibles, et à propos de laquelle chacun avoua longtemps son ignorance. Cette énorme lacune ne permettait, depuis longtemps déjà, de n'envisager aucune possibilité nouvelle d'action un tant soit peu spécifique, de type thérapeutique ou préventif, sur des affections pourtant cliniquement très différentes et au degré de gravité très variable. Le fait d'invoquer à tout propos les miasmes soit comme cause principaux, soit comme le mode de transmission de ces maladies, et ce depuis déjà deux siècles (auparavant on invoquait plutôt la fatalité divine) constituait la limite extrême de notre compréhension de la chaîne de transmission.

Toutefois, force est d'admettre qu'au XIX^e siècle, les médecins ne se tournaient pas d'une manière systématique vers le « miasme » pour expliquer le primum movens de toutes les maladies qu'on avait décidé de qualifier de transmissibles. D'autres « coupables » étaient subodorés et même acceptés comme source de ces maladies :

- Les contacts avec la peau du malade (ou même déjà son haleine), avec le sol, avec l'eau. Depuis bien longtemps, on estimait par exemple qu'il fallait éviter de toucher les lésions lépreuses ou syphilitiques, et, d'une

façon générale les peaux dites « malsaines » ; on faisait aussi le rapprochement entre le tétanos et la fréquentation de ces trop fameuses terres dites « tétanigènes », car servant ou ayant servi de pâture ou de stabulation à des chevaux. On savait déjà – et le baron Larrey, chirurgien d'Empire, l'avait même écrit – que le tétanos était le plus souvent observé chez les blessés qu'on avait tardé à relever sur les champs de bataille, tombeaux de tant d'escadrons de cavalerie. Il faudra attendre 1864 et James Simpson pour affirmer formellement ce que Larrey et même Hippocrate avant lui subodorait déjà, à savoir que pour qu'il y ait tétanos, il faut une plaie par où entre ou où se forme l'agent pathogène : pour l'heure, ce dernier n'est cependant encore qu'un « poison semblable à de la strychnine ».

- La morsure d'un animal domestique ou sauvage, surtout si l'homme atteint reproduisait des symptômes analogues à ceux de l'animal mordeur.

- L'eau bue à des sources ou des puits voisins, et rendant malade toute une collectivité alors que les personnes ayant bu l'eau d'autres points ne présentaient aucune pathologie. Il s'agissait là de « constats d'habitude » sans que nul ne fournît une explication un tant soit peu rationnelle sur le pourquoi et le comment de la chose. Des réponses existaient pourtant en matière de protection, comme l'isolement de tels ou tels malades, le comblement des puits jugés dangereux ou encore la mise en quarantaine de navires cherchant à gagner un port et sur lesquels avaient été signalés des décès suspects ou, tout simplement, des malades présentant des signes d'une maladie inexplicable, ou connue pour avoir causé des ravages dans d'autres circonstances.

On peut donc dire que le réflexe de protection, individuelle ou collective, avait précédé la connaissance précise de l'origine exacte et des modes de transmission de la maladie.

Le « miasme », lui est une « entité diffuse de nature confuse », évoquée quand on avait acquis la certitude qu'aucune des origines évoquées plus haut n'avait pu être mise en évidence. Le miasme, solution finalement commode, est un agent immatériel, une émanation « pestilentielle », prioritairement aérotransportée, provenant de milieux qu'on dit « délétères » tels les sols marécageux ou tourbeux, les canaux et fossés d'eau croupie, ou tout lieu où stagnent diverses matières en voie de décomposition végétale ou de putréfaction animale. Autant dire que l'enseignement du miasme dans les écoles de médecine et de chirurgie navales, comme dans les facultés civiles, n'est en fait que la transmission d'une ignorance. En Europe, les miasmes « corrupteurs de l'air » furent notamment incriminés

dans la « malaria nostra » des contrées d'étangs et de marécages, mais aussi dans d'autres fièvres dites « des marais », dans la peste, la pneumonie, la phtisie, la diphtérie, et même le typhus et le choléra. Pour cette dernière maladie, il fallut les expériences de terrain de John Snow, au milieu du XIX^e siècle, en Angleterre, pour qu'enfin on abandonne la théorie du miasme dans sa transmission.

La lutte contre les miasmes reste, comme on s'en doute, monotone et aspécifique, voire même folklorique. Ainsi, en est-il de la peste qu'on combat collectivement par le feu, les fumigations ou les parfums incorporés dans les becs pittoresques des masques portés, comme en une sinistre mascarade, par les médicastres et leurs aides.



Outre-mer, les médecins de la Marine, nourris trop souvent des élucubrations dithyrambiques et plus qu'approximatives de certains des maîtres enseignants des « vieilles » de Toulon, Rochefort et Brest, voient le miasme embusqué derrière la plupart des pathologies tropicales majeures auxquelles ils vont bientôt être confrontés. Et Dieu sait si avec les « fièvres », ils seront servis, puisque pour quelques-uns même de ces professeurs, il faut voir un miasme différent derrière chacune de leurs innombrables formes.

Le miasme semble rôder partout, dans la brousse, sur les fleuves et jusqu'aux tréfonds des ports et des comptoirs, particulièrement redoutable si on prend par exemple en considération la célèbre tétralogie de Jean-Baptiste

Mahé, médecin-professeur de l'école de Brest, à savoir « Le sphinx de la Malaria, pernicieux Protée, le fantôme délirant du Typhus, le spectre livide et glacé du Choléra, le masque jaune du Vomito Negro ». C'est ce même Mahé qui, au milieu des années soixante-dix du XIX^e siècle, proclamait aussi dans son discours inaugural à l'adresse d'une nouvelle promotion d'élèves de cette école : « *Le sol tropical est animé d'une vie obscure spéciale : il respire sourdement... par malheur, il exhale en même temps des produits subtils, peut-être gazeux, dont quelques-uns, de nature chimique, sont connus, mais dont les plus dangereux ne sont jamais tombés sous le sens et dans la balance du physicien ou du chimiste. Sont-ce des résidus de l'expiration de la terre ? Nous les nommons miasmes parce qu'ils répandent dans la terre et surtout dans l'air des souillures léthifères* ». Ce n'est pas encore, loin s'en faut, à la présence de micro-organismes et encore moins à l'existence de vecteurs animés que pensent alors ces formateurs des jeunes médecins de la Marine aux colonies, et contre lesquels on pourrait enfin lutter spécifiquement. On comprend mieux par contre pourquoi ils persistent avec acharnement, et, faute de mieux évidemment, à développer encore et toujours la discipline de l'hygiène générale et, de l'assainissement par des procédés physiques et, peu à peu, chimiques, discipline dans laquelle, au fil des siècles, et malgré une certaine inconstance dans les résultats, ils sont quand même passés maîtres. On comprend mieux aussi qu'avant 1890, année où est créé le premier service de santé colonial, les médecins de marine envoyés outre-mer n'aient quasiment jamais eu l'opportunité – leurs professeurs n'étant pas en mesure de la leur donner ou ne le voulant pas – de pénétrer un tant soit peu dans le monde même encore balbutiant de la recherche et de la découverte microbiologique, ouvrant la voie à l'ère pastorienne.



Calmette Albert.

Les premiers pastoriens aux colonies, Calmette, Simond, Marchoux – et Yersin qu'on peut se permettre de leur rattacher – avaient certes été initialement des médecins de marine, mais ils étaient seuls et, même devenus des médecins des colonies et pays de protectorat, ils passèrent longtemps chez leurs confrères militaires pour de doux originaux. N'est-il pas édifiant de constater par exemple qu'alors même qu'une trentaine de types de germes, en l'occurrence les bactéries responsables de plus de la moitié des grandes maladies transmissibles de l'humanité, sont déjà découvertes, ainsi qu'un certain nombre de vecteurs et hôtes intermédiaires majeurs, les publications scientifiques de nombreux de médecins de la Marine ou des colonies continuent, au début du XX^e siècle, à évoquer le rôle prépondérant des miasmes ; ainsi, en 1905, une directive émanant de l'Inspection générale du Service de santé des troupes coloniales, incrimine-t-elle toujours un miasme aérotransporté comme vecteur de transmission et de contagion de la fièvre jaune, et estime que le seul moyen de lutte réellement efficace contre ce fléau reste l'assèchement des terres mortifères, méthode d'assainissement seule susceptible « d'empêcher l'exhalation des miasmes ». On n'aurait rien eu à redire à ces mesures de « nettoyage mécanique » de zones de toute façon insalubres si l'Inspection générale s'était au moins permise d'émettre ne serait-ce qu'un doute sur ce phénomène d'exhalaison putride, en suspectant par exemple, comme autre facteur de transmission que l'air, les myriades de moustiques hantant ces lieux, capables, pourquoi pas, de transporter les souillures léthifères chères à Mahé, en l'absence, bien sûr, d'un « virus » encore à découvrir.

Paradoxalement, le service de santé colonial entraînait sur la pointe des pieds dans l'ère pastorienne, alors qu'elle allait donner un jour à la médecine quelques-uns de ses plus grands chercheurs, tous formés dans la grande maison de la rue du docteur Roux.

