

LA FRANCE MÉDICALE AU XIX^e SIÈCLE

présenté par Jacques Léonard



a COLLECTION
ARCHIVES

Édition de la publication

Jacques Léonard est né en 1935.
Il enseigne à l'Université de Rennes II.
L'essentiel de sa recherche est consacré à l'histoire sociale
de la médecine. Il a publié : *Les officiers de santé
de la Marine (1814-1835)* (Klincksieck, 1967); *La vie quotidienne
du médecin de province au XIX^e siècle* (Hachette, 1977);
et une grande thèse sur *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*
(Lille-Champion, 1976).

*Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous les pays.*

© Éditions Gallimard/Julliard, 1978.

Présentation

L'histoire sociale de la médecine n'est pas l'histoire érudite des grands médecins et des principales conquêtes scientifiques. S'appuyant éventuellement sur l'histoire des sciences et des savants, elle s'attache en priorité à décrire les pratiques médicales, les relations qui se nouent entre ceux qui souffrent et ceux qui soignent, les circonstances pathogènes des travaux, des âges et des loisirs. Elle parcourt les différentes couches sociales et s'arrête aux tenants et aboutissants matériels et culturels de la vie et de la mort. Attentive aux croyances, elle s'insinue au cœur de la cité et de l'économie.

Longtemps délaissés, d'épais cartons nous parlent d'hygiène publique, d'enquêtes épidémiologiques, de vaccinations, d'enfants en détresse, et de police sanitaire. Répétitifs d'une année à l'autre, d'un arrondissement à l'autre, parfois prolixes, parfois bâclés, ces innombrables rapports s'expriment dans des codes nosologiques, typiques du XIX^e siècle, variant selon la date et l'auteur.

Encore plus bavardes, la presse et la littérature médicales, dans ce siècle à la fois romantique et réaliste, foisonnent de renseignements sociologiques et psychologiques. Beaucoup intéressent les hôpitaux, les sociétés de médecine ou les services qui tentent de médicaliser les indigents et les ouvriers. Certains se rapportent aux doctrines médicales, aux présupposés idéologiques du personnel soignant, à l'héroïsme de quelques-uns et au pharisaïsme de quelques autres.

Si l'on interroge les descendants des dynasties médicales du siècle dernier, il arrive qu'on accède enfin à des documents tout à fait originaux. Des sources à

caractère objectif regroupent des livres-agendas professionnels, des inventaires de bibliothèques, des actes notariés. Des matériaux plus intimes, non moins précieux, rassemblent des lettres privées, des souvenirs, des manuscrits personnels, des notices biographiques. Deux façons de pénétrer dans l'intimité des familles et des consciences : on se fait ainsi une idée de la conception du monde qui anime réellement ceux auxquels la littérature a donné pour confrères le docteur Benassis et l'officier de santé Charles Bovary.

De tous les horizons, artistes, romanciers, psychologues, sociologues, démographes, journalistes, cinéastes sont tentés de venir puiser dans le riche vivier de l'histoire sociale de la médecine. Veut-on du sensationnel, des cris et du sang? — voici des rapports de chirurgiens militaires ou des lettres de médecins des épidémies. Libre à chacun d'exploiter des paroxysmes, comme l'ont fait avec talent Géricault et Giono, et de présenter aux amateurs d'émotions fortes d'autres Radeau de la Méduse ou de nouveaux Hussard sur le toit. Ces documents offrent une variété inégalée de scènes effrayantes qui, pour être réelles, ne peuvent cependant pas donner une image rigoureuse de la vie quotidienne au XIX^e siècle. S'il faut décrire sans fard les manifestations du malheur biologique, s'y attarder reviendrait à en exagérer la fréquence ou le pathétique : l'historien se doit de rappeler que les gens heureux et les périodes calmes laissent peu de traces.

L'intérêt actuel que suscitent les problèmes de la santé, l'assomption existentialiste du corps, l'interprétation psychanalytique du désir et de l'instinct expliquent largement nos curiosités modernes pour l'histoire qualitative des pratiques médicales. Curiosités légitimes qui portent sur nos propres origines : comment nos familles sont-elles rescapées des hécatombes épidémiques ou militaires du siècle dernier? Pour savoir comment naissaient, survivaient et mouraient nos aïeux les plus anonymes, il faut rendre concrète une histoire démographique longtemps hérissée de statistiques, suivre des

itinéraires de contagion, évoquer les professions pathologiquement dangereuses, et citer au tribunal de l'histoire les responsables de la santé des populations d'autrefois.

Les paradoxes de la médicalisation

Nos principaux interlocuteurs sont donc les médecins du XIX^e siècle, mais une hypothèse malveillante ne pourrait-elle pas leur assigner le rôle médiocre de témoins impuissants des drames de la vie, simplement soucieux de masquer leurs ignorances par des discours prétentieux et d'exploiter à leur profit la douleur et la peur? Certains historiens, et non des moindres, l'œil rivé sur des courbes paresseuses de mortalité qui ne fléchissent que tardivement et faiblement, semblent penser qu'avant 1890 l'efficacité de la médecine demeure insensible et qu'au surplus tous les progrès démographiques ne découlent que des améliorations économiques et sociales.

Le dossier est complexe, bien qu'on puisse raisonner à partir d'observations statistiques relativement simples. Le taux de mortalité français descend de 27,8 ‰ en 1801 à 20,1 ‰ en 1901; le taux de mortalité infantile passe du niveau catastrophique de 190 ‰ à un palier un peu plus satisfaisant de 160 ‰. L'espérance de vie féminine à la naissance s'élève à 36 ans dans la décennie 1801-1810, à 46 ans dans la décennie 1891-1900. La durée moyenne de la vie des Français augmente de vingt ans entre la génération antérieure à la Révolution et la génération qui précède la Grande Guerre. Tout cela n'est pas insignifiant.

Il semble bien en effet que la civilisation moderne, malgré ses laideurs et ses atrocités, offre aux Français du siècle dernier des conditions d'existence qui peuvent grosso modo améliorer la qualité de leur vie et en prolonger la durée moyenne. Toutefois l'exode rural, les concentrations prolétariennes, les industries nouvelles,

noires et nauséabondes, les taudis citadins engendrent des situations particulièrement pathogènes. Si les taux de mortalité, taux moyens rappelons-le, n'augmentent pas, alors qu'objectivement se répandent des causes nouvelles d'insalubrité, c'est peut-être parce que la médecine et l'hygiène ont quelque part gagné des vies humaines et grignoté des années de longévité. Que les Français décrits par Zola ne subissent pas des taux de mortalité supérieurs à ceux que connaissent les contemporains de Marivaux, cela doit nous inciter à accorder un certain crédit à la médicalisation.

D'ailleurs, les médecins du XIX^e siècle, loin de réclamer pour eux tous les lauriers du progrès démographique, sont les premiers à souligner que l'aisance matérielle dissout les maladies de carence et fait reculer la mortalité des enfants. Lorsque, ici ou là, baissent les prix alimentaires, les disettes disparaissent, et la santé publique y trouve son compte; chacun sait, dans le corps médical, que la consommation de viande par exemple accroît la résistance physiologique des ouvriers. Les médecins du siècle de Villermé et de Guépin veulent, eux aussi, faire fleurir le bien-être; ils ont à cœur de contribuer, en tant qu'hygiénistes, au déclin des affections évitables. Et, en thérapeutes, ils sont à la fois conscients de l'atténuation des grands fléaux du passé et assurés de mieux combattre bon nombre de maladies courantes. Mais ce qui trouble nos perspectives et nos statistiques, c'est d'une part l'évolution du vocabulaire nosologique, corrélative avec la succession des doctrines médicales en vogue, et d'autre part le fait que la pathologie en elle-même n'est pas invariable dans l'histoire. Comme le suggère déjà, à sa façon, Charles Anglada, professeur de médecine à Montpellier, dans son Etude sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles (1869), la pathologie d'une société est fonction de l'état de sa civilisation, de ses activités économiques, des genres de vie dominants, et de l'idéologie ambiante. Dans cette perspective, l'intérêt du terme passe-partout de médicalisation risque de se diluer :

les médecins ne sont que des acteurs, parmi d'autres, du progrès matériel et biologique; leur adversaire, multiforme et mouvant, ne se laisse pas définir par des concepts médicaux inflexibles. La misère par exemple s'appelle ici typhus et là scrofule, ici alcoolisme et là tuberculose; l'eau polluée signifie cinquante fièvres; le froid de l'hiver s'incarne dans une centaine d'affections morbides, apparemment différentes, dont les symptômes éparpillés ramènent l'historien vers les mêmes galetas et les mêmes hailions.

Toute méditation sur l'efficacité de la médecine d'autrefois se profile en trompe-l'œil parce qu'au chevet de cette France malade, les médecins diplômés rencontrent d'innombrables concurrents illégaux; si le corps médical n'est pas l'unique responsable de la santé publique, comment démêler les contributions extra-médicales à la guérison ou à l'aggravation des maladies et des accidents?

Enfin la densité médicale est loin de refléter exactement la carte des besoins objectifs de la population : profession libérale, la médecine se proportionne — en quelque sorte — aux possibilités locales des rémunérations et des satisfactions sociales. Quand on divise le chiffre total de la population française par le nombre global des médecins, on obtient un indice de médicalisation moyen qui n'a rien d'inquiétant, mais qui ne renseigne ni sur la fréquence du recours aux médecins, ni sur la qualité de leurs soins : par exemple, en 1844, un médecin pour 1750 habitants. Mais il faut descendre à l'échelon des départements pour dissiper l'illusion d'une répartition harmonieuse. Toujours en 1844, il y a loin entre l'indice de médicalisation de la Seine (un médecin pour 662 habitants) et celui du Morbihan (un médecin pour 5 274 habitants); même si l'on veut bien mettre sous le boisseau l'exception parisienne, il subsiste des écarts considérables entre des départements bien médicalisés comme :

*les Pyrénées-Orientales : un médecin pour 796 habitants;
les Hautes-Pyrénées : un médecin pour 827 habitants;*

les Landes : un médecin pour 862 habitants;
le Gers : un médecin pour 871 habitants;
et les départements très faiblement médicalisés comme
le Morbihan, déjà cité;
le Finistère : un médecin pour 4 431 habitants;
les Côtes-du-Nord : un médecin pour 4 023 habitants;
la Loire : un médecin pour 3 774 habitants;
la Haute-Loire : un médecin pour 3 773 habitants.

Les déséquilibres se font d'autant plus frappants qu'on envisage des circonscriptions plus petites. A l'intérieur de la Bretagne par exemple, une différence très spectaculaire sépare la densité médicale de l'arrondissement de Quimperlé en 1816 (un médecin pour 12 600 habitants) et celle de l'arrondissement de Nantes en 1836 (un médecin pour 1 163 habitants). Entre ces extrêmes, s'échelonnent des densités moyennes. Les médecins sont donc nombreux là où, intellectuellement et économiquement, le pays leur est favorable. Aisance matérielle, instruction développée, modes de pensée et de vie libéraux, laïques et bourgeois, civilisation citadine et sociabilité méridionale traduisent des facteurs positifs de médicalisation. On observe des groupes nombreux dans les villes de Faculté, dans les départements aquitains, languedociens et provençaux, dans la zone des stations hivernales de la Côte d'Azur et dans les cantons qui possèdent des villes de cures. Les officiers de santé, bien qu'établis en majorité dans les campagnes, ne sont nullement forcés de se consacrer aux contrées les plus pauvres; s'il arrive en Corse ou dans l'Ille-et-Vilaine que des officiers de santé compensent un manque relatif de docteurs, la plupart des départements défavorisés ne les attirent pas davantage que leurs confrères du premier ordre; on remarque au contraire que les praticiens du second ordre ont tendance, tout comme les docteurs, à se fixer dans des grandes villes ou dans des pays prospères. N'est-il pas compréhensible que les médecins de tous grades hésitent à s'installer là où sévissent le retard économique et les vieilles superstitions?

D'une décennie à l'autre, cette répartition ne devient pas plus équitable. A la veille des longues discussions parlementaires qui aboutiront à la loi de 1892, des statistiques officielles reflètent, outre la diminution globale du nombre de médecins et par conséquent l'affaiblissement de l'indice moyen de médicalisation, le maintien voire l'aggravation des déséquilibres régionaux. En 1886, la moyenne nationale s'établit à un médecin pour 3 000 habitants environ. Mais certains départements sont fort éloignés de cette moyenne : ce sont les plus favorisés :

*la Seine : un médecin pour 1 353 habitants;
les Alpes-Maritimes : un médecin pour 1 425 habitants;
l'Hérault : un médecin pour 1 722 habitants;
la Gironde : un médecin pour 2 080 habitants;
et les plus défavorisés :
le Morbihan : un médecin pour 9 732 habitants;
les Côtes-du-Nord : un médecin pour 8 377 habitants;
les Hautes-Alpes : un médecin pour 8 195 habitants;
le Finistère : un médecin pour 7 825 habitants.*

Au moment où la science médicale va mériter ses lettres de noblesse, le nombre des officiers de santé se réduit considérablement, et leur remplacement par des docteurs ne s'effectue qu'avec beaucoup de retard. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, parmi les contrées les plus mal médicalisées figurent des pays industrialisés comme le Nord, le Pas-de-Calais et la Somme où les fils de la bourgeoisie, préférant les affaires, ne se précipitent pas vers le doctorat en médecine et laissent décliner, sans s'y substituer, les effectifs antérieurs des officiers de santé. La misère ouvrière et la faiblesse des services collectifs de secours médicaux expliquent clairement le déficit en médecins des villes prolétariennes. L'exemple de Fougères est éloquent : sous-préfecture traditionnelle devenue cité ouvrière, elle double de population en quarante ans, tandis que le nombre de ses médecins descend de 11 à 6; sa médicalisation qui était bonne en 1851, avec un médecin pour

825 habitants, tombe en 1891 à un médecin pour 3 035 habitants.

Paradoxe : dans les deux premiers tiers du XIX^e siècle, quand les trois quarts des gens ne recouraient pas aux services des médecins, les indices de médicalisation étaient meilleurs que dans le dernier tiers du siècle, marqué pourtant par une diffusion incontestable des soins de santé. Moins nombreux, plus compétents, mieux payés, plus occupés, rayonnant de vitalité, les médecins de la Belle Epoque donnent l'impression d'agir efficacement sur la santé publique. Mais il serait injuste d'oublier que, pendant tout le siècle, leurs prédécesseurs concourent largement à inspirer, animer et réaliser les multiples actions hygiénistes, culturelles, agronomiques ou administratives dont est tissé le progrès social; on les rencontre à l'œuvre dans les conseils d'hygiène et dans les assemblées élues, dans les sociétés plus ou moins savantes et à l'intérieur des familles. On y voit leur influence, patiente et grignotante, transformer concrètement les genres de vie, afin de retarder l'heure de la déchéance et de la mort.

**A quoi bon
les médecins?**

Au commencement, était l'antimédecine.

Ce ne sont pas les cruelles sophistications de la médecine hyperscientifique du XIX^e siècle qui ont engendré le refus médical ou l'automédication. Les siècles antérieurs nous offrent le spectacle d'un fatalisme antimédical, de réticences populaires profondes, ou de préférences accentuées pour des procédés thérapeutiques extra-médicaux. Au XIX^e siècle, si le corps médical jouit d'un enracinement social et d'un environnement culturel qui commencent à favoriser ses activités, les populations, surtout les plus pauvres et les moins citadines, ont leurs propres médiateurs, leurs préjugés et leurs prédilections qui font écran entre la science et elles. Mais, dans ce siècle de transition où naît la médecine expérimentale, entre le boycottage antimédical et la médicalisation qu'encouragent les lois, s'organise tout un dégradé, dans les esprits et dans les pratiques.

I

Les résistances à la médicalisation

Pendant les deux premiers tiers du XIX^e siècle, les médecins ne sont appelés ou consultés que par une fraction réduite de la population. Ils n'inspirent pas confiance. L'ambition thérapeutique elle-même paraît une prétention orgueilleuse. On parle de fatalisme pour désigner cette résignation à tous les maux qui n'em-

pêchent pas de travailler, cette acception de ceux qui conduisent à une mort finalement nécessaire, ce providentialisme qui habitue à l'omniprésence de la souffrance et à la fréquence des catastrophes brutales et précoces. Nous autres pauvres gens, j'nous mourons nous-même¹, proclame, avec une amère fierté, un paysan de Victor Hugo, qui n'a pas appelé de médecin au chevet de sa femme mourante.

Certaines régions traditionalistes, réserves de superstitions et de préjugés aux yeux de l'élite instruite, se montrent durablement rebelles à la médicalisation. C'est le cas de la Bretagne.

Les populations de Cornouailles sont fatalistes. Dieu disent-elles a décidé d'avance de notre sort. Le médecin ne peut rien, et cependant elles ne se font pas faute de recourir à d'anciennes pratiques superstitieuses².

Les paysans bretons n'appellent jamais un médecin pour soigner un enfant, ils laissent à la nature le soin de sa guérison³.

Très tard dans le courant du XIX^e siècle, certaines maladies comme la variole continuent d'être considérées par les fatalistes soit comme des châtiments de la Providence, soit comme des épreuves physiologiques indirectement salutaires.

Un autre préjugé règne encore, c'est qu'il n'y a rien à faire contre la maladie; les médecins ne peuvent rien pour la combattre, elle a une marche fatale, et quoi qu'on fasse, les personnes atteintes mourront si elles ont à mourir. On pousse la bêtise jusqu'à penser que les malades ne doivent point changer de linge pendant toute la durée de la maladie; aussi faut voir quelle odeur nauséabonde existe dans les lits des malades, combien ils s'empoisonnent sans vouloir employer un antiseptique quelconque⁴.

On perçoit tout le mépris qu'exprime un médecin scientifique et républicain devant un comportement jugé obscurantiste et réactionnaire : on est dans le Morbihan.

L'avarice...

Cet abandon à la nature — qui sent d'ailleurs la sacristie — semble moins grave, à lire les témoignages d'origine médicale, que le recours à des procédés curatifs extra-scientifiques : leur gamme, pittoresque et variée, rutilante de contrastes, ne se limite pas à suppléer aux ignorances des médecins, mais se dilate jusqu'à évincer les quelques thérapeutiques savantes dont l'efficacité ou l'innocuité sont admises. D'où l'indignation des praticiens du XIX^e siècle, qui, aimant à rimailier, mettent parfois leurs malheurs en vers :

Sur un front de quinze ans, ornement du village,
Quand Nosos fait planer un sinistre présage,
Crois-tu qu'oubliant tout, affaires, soins, repas,
Vers le toit médical, un père de famille,
Une mère éplorée, accélérant ses pas,
Accourent, s'écriant : « Docteur, sauvez ma fille! »
Erreur! grossière erreur! On attend... Le voisin
Est d'abord prévenu. Puis, maint autre témoin
Vient, augmentant le cercle autour de la malade,
Apporter un conseil : l'un dit « qu'une pommade
A la bouse de vache », appliquée en ce lieu,
En a guéri plusieurs, par la grâce de Dieu! (...)
Cependant si, malgré ces moyens merveilleux,
Ces agents... parfumés, il ne vient point de mieux,
Le désespoir conduit... chez moi...! non pas encore!
On prévient... le curé! (...)
C'est ainsi, cher ami, que les fils d'Esculape
Ne sont jamais mandés qu'alors que la mort frappe.
Trop tard! trop tard! qu'importe à ces gens sans vertu?
Avant tout ils voulaient... épargner un écu!
Ami, tu le vois bien, en ce pays bâti,
On croit à tous les dieux, Hippocrate excepté ⁵¹!

Épargner un écu! Cette explication par l'avarice paraît un peu courte. Les réticences des clients à l'égard des médecins ont évidemment des raisons économiques, lesquelles renforcent l'emprise des guérisseurs illégaux.

De tous ces clients, riches ou pauvres, le plus grand nombre se trouve placé loin du médecin, à quatre, huit, douze kilomètres, quelquefois davantage. Ils doivent donc payer les soins beaucoup plus cher qu'à la ville, en raison de la distance. (...) Ajoutez à cela le prix des médicaments, qui s'accroît également, souvent au double et plus, en raison de la distance; car il faut les aller chercher à la ville. (...) Il faut un exprès : c'est une demi-journée, une journée à payer en sus. (...) La journée du malade, il faut en tenir compte; c'est donc (...) deux journées au moins, à ajouter aux honoraires du médecin et au prix des médicaments. En vérité, c'est énorme. (...) Aussi appelle-t-on le médecin le plus tard possible, et souvent trop tard; aussi s'adresse-t-on à tout empirique qui se pose à portée, quelle que soit son incapacité. Une maladie, à la ville, c'est un malheur; à la campagne, c'est plus, c'est toujours un désastre, et souvent la ruine d'une famille ⁶.

...ou le préjugé?

Les notables et les autorités administratives, tout en reconnaissant le bien-fondé des plaintes populaires relatives aux honoraires, mettent en évidence d'autres facteurs d'incompréhension.

Les médecins se mettent rarement à la portée des personnes qu'ils visitent et ainsi leurs ordonnances sont mal comprises. (...) Il y a peu de familles qui soient en état de payer des honoraires de médecin, honoraires dont le taux est quelquefois excessif et ôte l'envie de recourir aux hommes de l'art. (...) Il faudrait par conséquent que la médecine fût exercée gratuitement pour les 9/10^e de la population au moins ⁷.

Langage du médecin : discours citadin et bourgeois! A quoi bon payer pour entendre une leçon incompréhensible, des exhortations inapplicables ou un constat d'impuissance? A la fois réaliste et religieux, le paysan pauvre aime les situations claires; paradoxalement, le recours aux saints intercesseurs — procédé moins coûteux que l'appel au médecin — lui donne une satisfaction plus intime.

On va prier tel saint pour telle maladie, en apportant son offrande s'il a une statue et un tronc dans une église. Un certain saint Abibon a un pouvoir soit de guérir soit d'expédier le malade *ad patres*; il est beaucoup sollicité. En effet la gent rurale est pauvre en général, et on ne peut admettre de nourrir indéfiniment un vieillard qui ne quitte pas la cheminée; on demande à ce brave saint de régler rapidement la situation ⁸.

Même quand la médecine est placée à la portée des plus pauvres, la négligence des familles subsiste longtemps, et notamment dans des régions isolées et montagneuses.

Avant l'institution des médecins cantonaux, les habitants pauvres de notre canton avaient l'habitude de n'appeler dans leurs maisons le médecin que lorsque le membre ou les membres les plus importants de la famille étaient malades : celui ou ceux qui par leur travail contribuaient à nourrir la famille entière; (...) habitués qu'ils étaient à se passer du médecin, nos campagnards ne l'appellent que lorsqu'il y a vraiment nécessité, quelquefois même ils le font encore trop tard quoique la visite soit gratuite ⁹.

Sans perdre de vue la pauvreté de certaines contrées, on est donc renvoyé du côté des explications psychologiques. Rudesse paysanne, accoutumance au malheur biologique.

D'une façon générale on appelait à la campagne plus volontiers le vétérinaire que le médecin. Mon père se trouvait parfois en face d'un cas au-dessus de toute ressource thérapeutique. Alors le paysan posait à mon père à propos de ce cas la question suivante : « Docteur, foutu est? » c'était la tournure interrogative à la mode de Bretagne. Si mon père donnait une réponse affirmative on le priait de ne plus revenir ¹⁰.

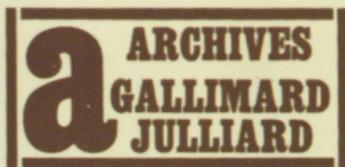
Les gens totalement ignorants en matière de santé et même d'hygiène (...) étaient fatalistes, habitués à voir mourir autour d'eux soit de maladies abdominales brutales et mystérieuses qu'ils appelaient le « gwen » (les appendicites aiguës, les perforations d'ulcères, les hépatites, etc.), soit de typhoïde qui autour d'un même puits, frappait des hameaux entiers, soit de diphtérie qui tuait souvent tous les enfants d'une même famille ¹¹.

La fin du XIX^e siècle et le début du nôtre connaissent encore ce monde défini par l'ignorance et la brutalité, séquelles des souffrances et des croyances antérieures. « Ce monde que nous avons perdu »... récemment n'est pas ici embelli de douceurs rousseauistes. Encore ne faut-il pas tomber dans le piège de documents citadins et éclairés qui tendraient à dauber exclusivement sur les sauvages des campagnes et des taudis. Ce ne sont pas seulement des paysans et des ignorants dont les sabots restent collés dans la glaise de la superstition. Gustave Flaubert, fils et frère de médecins, bon témoin des sottises péremptoires dont retentissent les salons et les cafés de province, épingle des lieux communs, des généralisations béotiennes et des méfiances antimédicales. Il nous suffit de feuilleter le Dictionnaire des Idées reçues :

Boutons : au visage ou ailleurs, signe de santé et de force du sang. Ne point les faire passer.

Engelure : signe de santé; vient de s'être chauffé quand on avait froid.

A travers le XIX^e siècle, la société française se médicalise. La santé et l'hygiène deviennent des préoccupations publiques. La profession médicale se codifie : elle se donne des lois, une organisation, un rituel; elle dénonce les concurrences illégales. Entre médecins et malades, une sociabilité nouvelle se définit. Témoignages et règlements, papiers privés et rapports, enquêtes et panégyriques relatent l'ascension sociale d'une profession profondément différenciée et pourtant rassemblée autour des mêmes valeurs : l'optimisme scientifique et la mission sociale; les avantages de l'exercice libéral et les privilèges d'une magistrature; la respectabilité et la reconnaissance d'une notoriété.



*Collection d'inédits
au format de poche.*

