

L'épidémie de choléra en France en 1832

par Patrick BERCHE¹

À partir de 1817, parviennent en Europe de lointains échos d'une épidémie mortelle sévissant au Bengale. Des médecins britanniques, travaillant pour la *East India Company*, rapportent l'écllosion de cas de diarrhées graves qui se propagent rapidement vers les pays voisins. En fait, une maladie endémique connue depuis des siècles en Inde est devenue soudainement très contagieuse et va se répandre hors de son berceau ancestral. Les médecins l'appellent le « choléra », reprenant un nom en usage en Europe pour désigner le « *cholera nostras* », une diarrhée estivale banale, sporadique, accompagnée de vomissements jaune foncé, ce qui suggère un excès de « *cholera* », c'est-à-dire de bile. Cette maladie touche surtout des personnes âgées et les très jeunes enfants et le taux de mortalité est faible. L'épidémie de choléra qui vient d'émerger en Inde n'a rien à voir. On raconte que cette nouvelle maladie emporte les patients parfois en quelques heures, souvent de jeunes adultes. Du fait de son origine, on parle de « choléra asiatique » ou *cholera morbus*.

LA MENACE D'UNE ÉPIDÉMIE MORTELLE

Les autorités sanitaires suivent la progression terrestre de l'épidémie vers le nord-ouest avec anxiété. En 1821, sont frappés la Perse et les pays du golfe Persique, l'Irak, la Syrie jusqu'aux frontières de l'Égypte, puis en août 1823 la Russie, touchée à Tbilissi en Géorgie et à Astrakhan à l'embouchure de la Volga dans la mer Caspienne. L'épidémie semble en pause et disparaît pendant quelques années. En 1829, le choléra soudainement réapparaît en Russie et sa progression suit les grandes routes commer-

ciales par voie terrestre au rythme des voyageurs, et à bord des bateaux à vapeur vers les ports de l'Europe du Nord. Moscou et Saint-Pétersbourg sont atteints à l'automne 1830. Voilà l'épidémie progressant vers l'ouest, la Bulgarie, la Pologne, la Hongrie, l'Autriche avec Vienne en août 1831, puis Berlin, Hambourg et les villes de la vallée du Rhin. Rien ne semble pouvoir arrêter le choléra asiatique (1), dont la marche vers l'Europe a été publiée dans la *Revue de Paris* en juillet 1831 (2) (Figure 1).

Ces nouvelles inquiétantes venues de l'autre bout du monde créent une certaine anxiété dans les populations du Vieux Continent, qui restent habitées d'une crainte atavique et presque viscérale des épidémies. N'ont-elles pas déploré depuis des siècles des résurgences mortifères de la peste noire, de la petite vérole, du typhus, de la syphilis, des fléaux qui ont laissé des traces indélébiles dans l'imaginaire collectif ? Quand les ports hanséatiques sont atteints, il fait peu de doute que l'Angleterre, la France et tous les pays d'Europe de l'Ouest sont directement menacés. Que faire ? Aucun médecin en Europe n'a vu un seul cas de ce choléra asiatique. Dès son apparition en Russie, les autorités de plusieurs pays européens envoient des médecins pour étudier les modes de transmission du choléra et la prise en charge des patients. Deux émissaires anglais, les Docteurs William Russell et David Barry, visitent la Russie durant l'été et l'automne et font un rapport au *Central Board of Health* de Londres, nouvellement créé. Outre l'extrême gravité du choléra, ils sont surpris par la violence des réactions des populations russes frappées par l'épidémie, pouvant aller jusqu'à battre, et même assassiner, certains

¹Professeur émérite, Université Paris Cité. Auteur correspondant : Patrick Berche, patrick.berche@gmail.com



Fig. 1 - Carte de la marche du choléra asiatique (d'après [2]). Itinéraire du choléra-morbus, depuis le Bengale jusqu'en Europe.

médecins étrangers accusés d'être à l'origine de la maladie. Réflexes fréquents d'incompréhension devant un mal venu de l'étranger ! Dans leur rapport, ils résument toutes les informations qu'ils ont pu recueillir sur la maladie de la mer Baltique et préviennent les autorités qu'aucun remède efficace n'a encore été découvert.

En octobre 1831, le choléra apparaît dans le port de Sunderland, au nord de l'Angleterre, amené par des bateaux en provenance des ports de la mer Baltique. Les médecins hésitent sur le diagnostic. S'agit-il du choléra asiatique ou bien d'une forme sévère de *cholera nostras*, qui sévit depuis quelques années ? Le premier décès survient le 26 octobre 1831. Quand beaucoup d'autres suivent, le doute n'est plus permis au vu de la rapidité de la propagation. Le 7 décembre 1831, la présence du choléra asiatique est officiellement confirmée dans la ville. L'épidémie se répand à Gateshead, puis à Newcastle, une ville industrielle proche. Bientôt, le mal nouveau flambe dans toutes les villes et villages du Northumberland et du comté adjacent de Durham. Certains villages des houillères sont très durement touchés, par exemple celui de Newburn où l'on dénombre, en janvier 1832,

320 victimes, dont 55 morts sur une population de 550 habitants. En janvier 1832, le choléra ravage Londres. L'épidémie, d'une grande violence, va durer 10 mois dans la capitale qui compte 1431734 âmes : on déplore au total 11 020 victimes et 5 275 décès. L'ensemble du pays s'embrase et, bientôt, ce sera la France et toute l'Europe. Devant l'inexorable progression du fléau, la détresse est universelle, la confusion totale, d'autant que le désastre arrive en plein essor de la Révolution industrielle, un bouleversement social sans précédent dans l'histoire de l'Europe, avec son cortège de chômage, de pauvreté, de surpeuplement, de promiscuité, qui créent un terrain fertile pour l'épidémie de choléra.

LA « PEUR BLEUE » : LE CHOLÉRA ASIATIQUE À PARIS

Le 15 mars 1832, le choléra est signalé à Calais, où transitent les voyageurs pour gagner Paris en quelques jours. Les premiers cas mortels sont rapportés le 26 mars dans la capitale. Une véritable explosion. Le 14 avril, on dénombre déjà 13 000 malades et 7 000 morts. Le poète allemand,

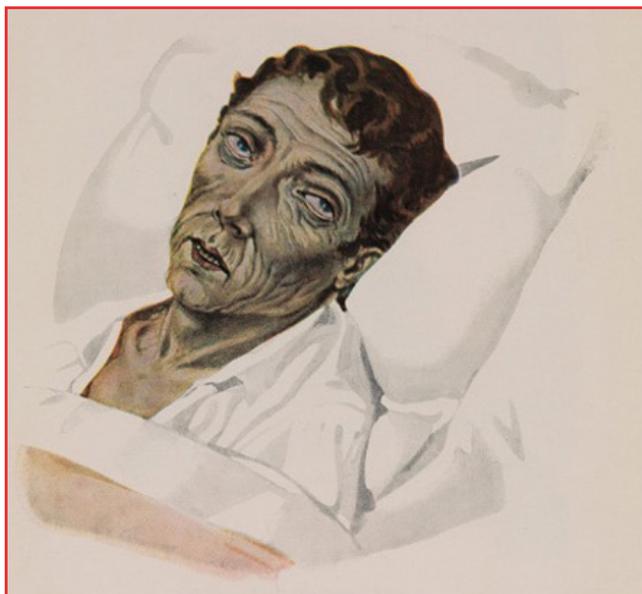


Fig. 2 - Un patient frappé par le choléra (Wellcome Collection, Londres).

Heinrich Heine, témoin oculaire de la catastrophe, a laissé une saisissante description de cette tragique apparition à Paris en plein carnaval :

« Comme c'était le jour de la Mi-Carême, qu'il faisait du beau soleil et un temps charmant, les Parisiens se trémoussaient avec jovialité sur les boulevards où l'on aperçut même des masques qui parodiaient la couleur malade et la figure défaite, raillant la crainte de chacun. Le soir du même jour, les bals publics furent plus fréquentés que jamais ; les rires les plus présomptueux couvraient la musique la plus éclatante. On s'étouffait presque au chant ; les danses étaient plus équivoques ; on engloutissait toutes sortes de glaces et de boissons fraîches. Quand, tout à coup, le plus sémillant des arlequins sentit trop de fraîcheur dans ses jambes, ôta son masque et découvrit, à l'étonnement de tout le monde, un visage d'un bleu violet... On prétend que les morts furent enterrés si vite que l'on ne prit pas la peine de les dépouiller des livrées bariolées de la folie et qu'ils reposent dans la tombe comme ils ont vécu. » (3)

Les médecins de l'époque décrivent ainsi le choléra asiatique. Cela commence souvent par des prodromes avec malaise, inappétence, oppression, anxiété et surtout des « évacuations alvines » qui surviennent presque toutes les heures. Les selles liquides sont verdâtres ou noirâtres, sans odeur ni couleur fécale, devenant séreuses avec un aspect en grains de riz. Ces débâcles peuvent atteindre jusqu'à six à sept litres par jour. La diarrhée est accompa-

gnée de coliques douloureuses, de borborygmes et de vomissements. Les malades, sans fièvre, souffrent d'une soif vive. Ils présentent souvent des hoquets, des douleurs gastriques et surtout des crampes musculaires très douloureuses. Cette période dure habituellement un à trois jours. Certaines formes foudroyantes en quelques heures et sans diarrhée (*choléra sec*) demeurent rares. On a compté 1384 décès en moins de 24 heures (48%), dont 2% en une heure, et 1325 décès en 2-3 jours (27%), 989 en 4-9 jours (20%), 130 en plus de 10 jours (2%), sur un total de 4907 décès.

Suit une phase dite d'« algidité » avec une exaspération de la diarrhée, des vomissements, l'apparition de difficultés respiratoires et d'une cyanose aux extrémités, au nez, aux lèvres, à la langue, et bientôt sur les membres et tout le corps qui se couvre de plaques bleuâtres à contours irréguliers ou de marbrures violacées, parfois même de véritables ecchymoses. C'est ce qu'on appelle le *choléra bleu* ou *cyanique* (Figure 2). Très vite, les patients présentent un faciès caractéristique, teint terreux, nez pincé, yeux cerclés de noir et excavés, joues creuses. Le malade est prostré, la voix est rauque, la peau sèche couverte de sueurs, les extrémités glacées. Cela dure environ 24 heures. L'amaigrissement devient effrayant, le cholérique se « cadavérise ». Parfois, survient une hyperthermie (probablement d'origine neurologique) pouvant atteindre 40°C, précédant de peu l'issue fatale (4,5). À Paris, les patients meurent deux fois sur trois en 24-48 heures. Rares sont ceux, comme Casimir Périer, qui survivent plus de 15 jours. Le président du Conseil des ministres tombé malade le 6 avril à la suite d'une visite des cholériques à l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} avril, en compagnie du duc d'Orléans, succombera à 55 ans le 16 mai 1832 après une période de rémission partielle (Figure 3).

Un jeune médecin irlandais de 23 ans, William O'Shaughnessy, qui se rend en décembre 1831 dans la région de Newcastle, livre un témoignage émouvant de ce qu'est le choléra : « Sur le lit repose une femme expirante... présentant un regard de mort où je n'avais jamais vu semblable terreur [...]. Sur le sol, étendue sur une paille, il y avait une jeune fille de taille élancée, mais au visage de vieille sorcière. Elle ne gémissait pas, ne semblait pas souffrir, mais se tournait d'un côté et de l'autre avec langueur... La couleur de son visage était plombée - un bleu argenté d'une teinte horrible, ses yeux enfoncés dans les orbites, ces traits tirés, ses paupières noires, ses doigts courbés et de teinte violacée. Elle n'avait plus de poulx, une sueur tenace humidifiait sa



Fig. 3 - Le Premier ministre Casimir Perier visite le 1^{er} avril 1832 les cholériques à l'Hôtel-Dieu, en compagnie du Duc d'Orléans (à sa droite).

Il présentera les premiers signes de choléra le 6 avril et mourra après une rechute le 16 mai 1832 (Musée Carnavalet, Paris).

poitrine. En bref, Monsieur, je n'oublierai jamais son visage et son aspect, jusqu'à la fin de ma vie» (6). Le *Lancet* publie un dessin en couleur d'une patiente (Figure 4).

L'épidémie de 1832 dure du 26 mars au 30 septembre et fait 18 402 morts à Paris (7). La mortalité est estimée à 40-50% des victimes du choléra. Une résurgence survient en septembre 1833 avec une vigueur inquiétante et une mortalité très élevée, bien que beaucoup moins de cas foudroyants (8) (Figure 5). La maladie disparaît en avril 1834. Au total, on dénombre 19 116 décès de choléra dans un Paris peuplé de 785 862 âmes, soit 2,3% de la population (5). Le choléra reviendra dans la capitale en 1849 (19 184 décès), en 1854 (7 801 décès) et en 1865 (11 008 décès).

L'HYGIÈNE PUBLIQUE À PARIS

Cette forte mortalité s'explique parce que Paris s'avère un terrain très propice à la propagation de l'épidémie (9). Les 217 bornes-fontaines étant nettement insuffisantes pour les besoins de la population, on doit puiser l'eau directement dans la Seine et dans l'Ourcq. Depuis 1824, il existe 45 km d'égouts mal entretenus et se déversant libre-

ment dans la Seine, l'Ourcq et la Bièvre, véritables cloaques décrits dans *Les misérables* de Victor Hugo. Le choléra frappe d'abord les populations des quartiers pauvres des bords de Seine, où la densité de population atteint 150 000 habitants au kilomètre carré. On estime qu'il y a 420 000 pauvres à Paris, soit près de 60% de la population de la cité, ces pauvres dont parleront Eugène Sue dans *Les mystères de Paris* et Honoré de Balzac dans *La fille aux yeux d'or*, où il décrit «un peuple horrible à voir, blême, jaune, hâve et tanné». L'hygiéniste Louis-René Villermé a étudié la mortalité par le choléra selon les quartiers à Paris, pointant la misère et



Fig. 4 - Une jeune femme agonisante présentant une pâleur bleuâtre caractéristique du choléra, dessinée par John William Gear (Wellcome Collection, 1832).

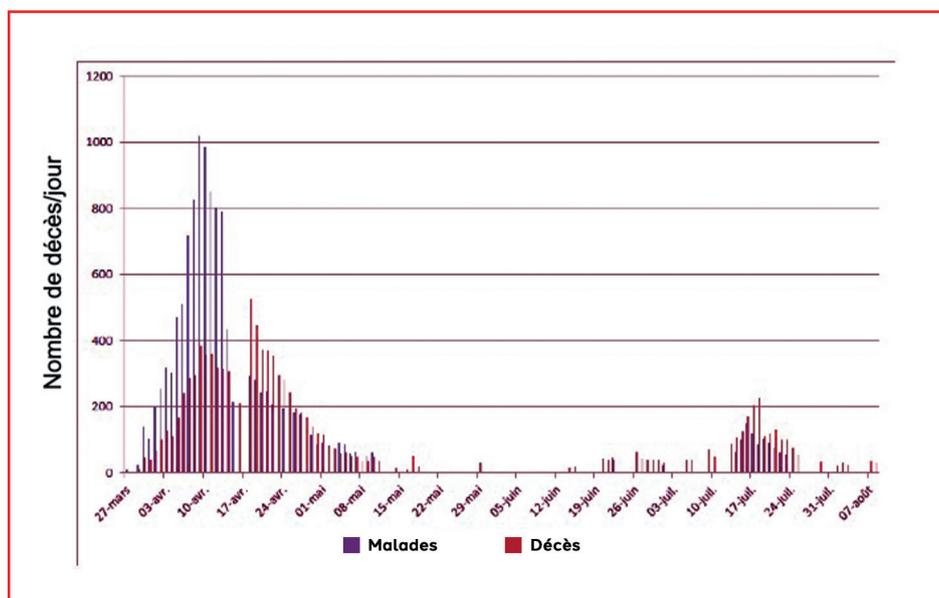


Fig. 5 - Évolution quotidienne de l'épidémie de choléra à Paris en 1832 (d'après [8]).

l'insalubrité de quartiers entiers surpeuplés qui payent le plus lourd tribut au choléra (10,11) : Dans certaines rues, comme celle de la Mortellerie, près de 6 % des habitants ont péri en 1832. L'épidémie s'étend ensuite aux beaux quartiers de la capitale. Nul ne sera épargné. Les services de pompes funèbres sont débordés. Le 10 avril, le nombre de décès quotidiens atteint le nombre de 848. On voit déambuler dans les rues le pénible spectacle de fourgons d'artillerie, surnommés les « omnibus de la mort », drapés de voiles noirs, chargés de cadavres allant vers les cimetières.

À l'acmé de l'épidémie, un vent de folie se met à souffler sur la capitale où circulent les rumeurs les plus folles. De nombreux habitants, les plus aisés, fuient. Devant la rapidité de la diffusion de l'épidémie, on parle d'empoisonnement et certains individus sont accusés. Pour un geste anodin ou un comportement jugé suspect, quelques passants innocents sont pris à partie par la foule, souvent tués et mutilés dans les rues. On n'hésite pas à s'attaquer à quelques médecins dont certains sont assassinés. Des affiches apparaissent au faubourg Saint-Antoine : « *Le choléra est une invention de la bourgeoisie et du gouvernement pour affamer le peuple... Aux armes !* » Les chiffonniers interdits de ramasser les ordures mettent à sac des bâtiments. Des révoltes éclatent dans la prison de Sainte-Pélagie. La Garde nationale fusille les prisonniers politiques qui se sont mutinés. Les théâtres se vident. Les sessions parlementaires sont écourtées. Cela entraîne une crise économique sans précédent

avec extension du chômage. De graves émeutes retentissent à l'occasion des obsèques du très populaire général Lamarque, mort du choléra.

LE DÉSARROI ET L'IMPUISSEANCE DES AUTORITÉS

Les autorités de la Monarchie de Juillet sont totalement désarmées, ce que les caricaturistes n'hésitent pas à souligner (Figure 6). Que faire pour contrôler l'épidémie ? On tente des cordons sanitaires autour de Paris. Échec. On marque de croix de bois les portes des maisons contaminées. On badigeonne les maisons à la chaux que l'on répand dans les rues pour chasser les odeurs pestilentielles. Mais rien ne semble pouvoir arrêter l'épidémie qui continue jusqu'à la fin de l'été. Les mesures de police sanitaire paraissent souvent vexatoires aux misérables qui y voient un moyen de protéger les honnêtes gens des beaux quartiers. Sous l'influence de « l'aérisme », on tente d'assainir l'air que l'on respire. On pratique des fumigations de chlore ou d'autres produits chimiques comme l'acide sulfurique ou l'acide nitrique. Sur de nombreuses places de Paris, on allume des feux de paille et des fagots de bois. On tire le canon pour chasser les miasmes délétères. On préconise une hygiène personnelle et la propreté des habitations. Pour aider la population, les pouvoirs publics distribuent massivement des vivres et des vêtements.

Le désarroi n'est pas moins grand chez les médecins. Une maladie nouvelle inconnue et rapidement



Fig. 6 - Le ministre attaqué du Choléra morbus en 1831, par le caricaturiste Jean-Jacques Grandville, Musée Maison de Balzac, Paris.

mortelle ! Quelle en est la cause ? À cette époque, les partisans de la contagion attribuent le choléra asiatique à quelques « germes morbifiques », animalcules ou « atomes cholériques ». La maladie serait transmise lors du contact avec les patients ou avec leurs vêtements ou linges contaminés. Un correspondant du *Lancet* rapporte que les médecins « contagionnistes » examinent les patients à la hâte, en un temps très bref, portant des gants, un mouchoir sur la bouche, et respirant une bouteille de parfum. Cette revue penche pour la contagion : « Nous pouvons seulement supposer l'existence d'un poison qui progresse de façon indépendante du vent, du sol, de toutes les conditions de l'air et de la barrière de la mer ; en bref, un poison dont l'humanité est le principal agent de dissémination ». Cependant, il est fréquent d'observer que certains patients n'ont jamais approché de cholériques. *A contrario*, les personnels de santé en contact fréquent avec les malades ne développent que rarement le choléra. Comment expliquer ces observations ?

La thèse contagionniste est battue en brèche par celle des émanations délétères, défendue par les « hygiénistes » selon la théorie des miasmes d'Hippocrate. Ne prétend-on pas qu'un épais brouillard aurait enveloppé Paris vers le 22 février 1832, répandant dans l'atmosphère ses effluves mortifères ? On incrimine aussi le milieu malsain, la « réceptivité morbide », l'empoisonnement... Certains avancent que des facteurs prédisposants tels que l'ivrognerie, la débauche et la glotonnerie, mais aussi la misère, font le lit du choléra. On accuse également la consommation de fruits ou des facteurs psychologiques comme la peur ou les émeutes qui favoriseraient l'invasion du mal. De même, les variations climatiques sont incriminées, en particulier, la chaleur qui activerait le choléra et le degré d'hygrométrie qui accentuerait l'intensité de l'épidémie.

Les médecins se révèlent incapables de soigner la maladie. Ignorance et superstition nourrissent des controverses médicales. La plus grande anarchie

règne quant aux mesures à prendre pour juguler cette nouvelle épidémie et traiter les malades. La liste des traitements recommandés à l'époque est sans fin : calomel, émétiques, laudanum, rhubarbe, magnésium, brandy, acide hydrocyanique, ventouses, sulfate de cuivre, oxyde nitreux, huile de croton, purgatifs, camphre, eau de menthe... On utilise les émétiques «pour mieux restaurer la fluidité du sang», le calomel pour bloquer les sécrétions, l'opium pour atténuer la diarrhée... Pratiquement toute la pharmacopée de l'époque est essayée, sans autre base que l'empirisme et la superstition. On fait absorber une boisson légère et stimulante, baptisée *punch*, à raison d'un demi-verre toutes les heures pendant la période terminale de collapsus. Certains médicaments auront leur heure de gloire, suivie d'un abandon rapide. Certains font boire les cholériques, d'autres les privent d'eau. La plupart des praticiens recommandent de frictionner le corps et les extrémités glacées avec de l'eau-de-vie additionnée de camphre et d'ammoniac pour exciter la circulation. François Magendie, professeur au Collège de France, préconise au stade de *choléra bleu* de réchauffer le corps des malades en appliquant des sachets de sable chaud ou des bains chauds pour revigorer les cholériques. Un autre maître de l'époque, François Broussais, pense que le choléra est la conséquence d'une inflammation et prescrit la glace et l'absorption de petites gorgées d'eau froide avalée par les malades. Il déclare *urbi et orbi* : «Le choléra est une maladie essentiellement mortelle ; la nécessité d'un traitement est si évidemment démontrée qu'il est préférable d'en employer un mauvais que de n'en faire aucun». D'autres médecins considèrent que la maladie n'est pas inflammatoire et qu'il faut traiter par des excitants. La saignée demeure le seul traitement unanimement accepté, souvent associé à l'application de sangsues sur l'épigastre, de vésicatoires et de sinapismes. L'objectif est d'extirper le poison présent dans le sang «grumeleux, noir, épais et froid» des patients à toutes extrémités. Un médecin de l'époque écrit : «En débutant le traitement du choléra, il ne faut pas perdre de temps et entreprendre de saigner le patient... L'effet de la saignée apparaît être presque miraculeux...». Propos étonnants, quand on sait que la saignée hâte la mort des patients !

LES PRÉCURSEURS DE LA RÉHYDRATATION

Malgré ce tohu-bohu, quelques médecins pressentent que la gravité des symptômes est liée à la rapide déshydratation des patients expliquant l'aspect épais et foncé du sang. Ils proposent de

faire boire abondamment les malades pour compenser les pertes en eau. Le Docteur O'Shaughnessy, à l'instigation du *Royal College of Surgeons*, va étudier le sang des victimes du choléra dans la région de Newcastle (12,13). Le 29 décembre 1831, il publie dans le *Lancet* : «Le sang prélevé dans les cas les plus graves [...] demeure inchangé en sa structure anatomique ou globulaire [...]. Il a perdu une large proportion de son eau [...]. Il a aussi perdu une grande proportion de ses ingrédients salés neutres [...], ainsi que des alcalis libres contenus dans le sérum de personnes en bonne santé [...]. L'urée existe dans les cas où la suppression d'urine a été un symptôme marqué [...]. Tous les sels déficients dans le sang, particulièrement le bicarbonate de sodium, sont présents en grandes quantités dans les matières fécales blanchâtres». Il ajoute : «Les ingrédients qui font défaut dans le sang sont détectés dans les déjections, en d'autres termes, l'addition des pertes fécales dans le sang, en proportions adéquates, pourrait restaurer sa constitution normale». Pour lui, ces modifications du sang procèdent d'une cause externe, d'origine inconnue et transmissible. Il conclut : «Les indications du traitement sont au nombre de deux : restaurer la densité spécifique naturelle du sang, et son déficit en sels [...]. La première condition peut seulement être effectuée par absorption, par imbibition ou par injection de fluides aqueux dans les veines [...]. Dans les cas désespérés, quand l'absorption est totalement suspendue [...], je recommande des injections dans les veines d'eau tiède additionnée d'une solution contenant les sels normaux du sang [...]» (14). Thomas Latta, praticien exerçant à Leith, un port proche d'Édimbourg, applique ces observations et perfuse de l'eau salée par voie veineuse. Il obtient quelques succès spectaculaires chez des personnes à l'agonie du choléra, avec de nombreuses rechutes et des accidents infectieux (15). Il faut souligner le caractère très novateur de ces observations qui donnent une base rationnelle au traitement du choléra. Elles ne seront mises en pratique courante qu'au milieu du XX^e siècle.

LE CHOLÉRA S'ÉTEND JUSQU'À LA PROVENCE.

En avril 1832, l'épidémie explose sur l'ensemble du Bassin parisien qui compte six fois plus de morts qu'habituellement. Elle s'étend aux départements de la Seine-et-Oise, de la Seine-et-Marne, de l'Oise, de la Somme et de l'Aube. Elle atteint le Nord et certaines régions de l'Est de la France, puis se dirige vers le sud du pays, épargnant relativement la Bretagne, le Poitou, le Berry, le Bourbonnais et le

Morvan. Le choléra apparaît à Toulon, Sète, Agde et Saint-Chamas sur les bords de l'étang de Berre. À Toulon, la population fuit la ville pour se disperser dans toutes les contrées voisines, répandant ainsi le choléra. La Valette, à côté de Toulon, est une des localités qui a le plus souffert. On y relève 140 morts sur une population de 1550 âmes. Dans le département du Var, des foyers apparaissent à Hyères, Draguignan, Brignoles, Mantilles, Saint-Maximin. Dans le département du Rhône, on compte 48 communes touchées par le choléra. En 1832, Marseille, qui vit dans la hantise de la peste de 1720, sera miraculeusement épargnée, en dépit de l'accueil de bateaux dont certains passagers sont atteints par le choléra. On attribue cette grâce aux brises salutaires et à la quarantaine, ainsi qu'à un meilleur nettoyage des rues, qui améliore la propreté de la ville. Non loin de Marseille, le choléra apparaît le 19 juin 1832 à Aix (22 575 âmes), où l'on dénombre 571 cas (dont 333 décès) et à Arles (16 000 habitants) avec 243 morts, malgré la fuite d'une partie de la population (1).

En 1835, le retour du choléra sera beaucoup plus meurtrier, avec 506 décès sur les 4 000 personnes demeurant dans Arles (16). Dans les Basses-Alpes, 25 communes sont touchées : Castellane (49 décès), Gréoux (39 décès), Montagnac (35 décès), Digne (28 décès), Entrevaux (22 décès)... Dans les Hautes-Alpes, six communes ont été affectées, dont Gap (28 décès) et Rosans (20 décès). Dans le Vaucluse,

on rapporte le choléra dans 29 communes, notamment Avignon, Mondragon, Cadenet et Caderousse, et dans le Gard, 47 localités, dont Beaucaire (128 décès) et Nîmes (199 décès). Au total, en 1832, on dénombre 443 cas et 252 décès dans les Basses-Alpes (155 816 habitants), et 94 cas et 59 morts dans le département des Hautes-Alpes (129 102 habitants).

Une seconde vague survient dans le sud de la France en 1834-1835. Cette fois, Marseille n'est pas épargnée. Les premiers cas apparaissent le 7 décembre 1834, vraisemblablement en provenance d'Oran, avec 17 morts pendant ce mois. En janvier 1835, dix mille personnes parmi les plus aisées fuient à la campagne ou dans les villes environnantes. L'exode se poursuit de sorte que la cité phocéenne de 145 215 habitants ne compte plus que 60 000 habitants à la fin du mois de juillet 1835. En janvier et février 1835, le choléra a surtout sévit dans les quartiers pauvres, notamment celui des Grands Carmes, malgré le mistral censé chasser les miasmes. On parle d'empoisonnement des fontaines publiques ou des viandes. Cette première vague entraîne 788 décès. Après une pause, le fléau reprend de la vigueur en juillet provoquant 2 470 décès avant de décliner à l'automne et disparaître début février 1836. Le choléra fera une courte apparition à nouveau à Marseille en 1837 avec 360 cas et 196 décès (17).

En 1835, neuf départements du sud de la France ont été contaminés par le choléra : le Var, les



Fig. 7 - Ex-voto de Seraffina Gavassa, une mère de famille qui a miraculeusement échappé à la mort alors qu'elle était à toutes extrémités le 15 septembre 1835. Elle rend ainsi grâce à Notre-Dame de Laghet.

Bouches-du-Rhône, le Gard, le Vaucluse, les Basses et Hautes-Alpes, la Drôme, l'Hérault et l'Aude. Sur une population de 2 478 541 habitants, on a déclaré 22 886 cas et 13 681 décès, soit une mortalité de 5,5 pour 1 000 habitants et une incidence des cas de 9,2 pour 1 000 habitants. Certains départements faiblement peuplés ont peu de victimes, comme les départements des Hautes-Alpes (129 102 habitants, 94 cas, 59 morts) et des Basses-Alpes (155 816 habitants, 443 cas, 252 décès). Au total, le bilan des épidémies de choléra en France qui ont sévi de 1832-1835 recense 255 526 cas, et 111 722 décès, dont 102 000 pour la première vague de 1832. Quelque 58 départements ont été touchés avec une population de 23 589 131 habitants, tandis que 28 ont été épargnés (9 122 818 habitants). Près de 75 % des décès ont été dénombrés dans les populations les plus déshéritées. Par la suite, le choléra frappera de nombreuses autres fois au XIX^e siècle en France, notamment en 1848, 1853 (avec 143 000 morts), 1866 et 1884.

C'est dans ce contexte épidémique que survient l'épisode imaginé par Jean Giono dans *Le hussard sur le toit*. Au début du roman, les événements se passent en 1835 à Manosque, une petite ville de 5 443 habitants, alors sous domination sarde. Le choléra y sévit du 12 août au 14 septembre 1835 entraînant 123 décès (mortalité 2,2 % de la population). D'après les sources (18), le choléra y a été particulièrement sévère, car la plupart des malades seraient morts, épargnant à peine 5 % des cholériques dans cette cité ! Giono a certainement vu dans l'église Notre-Dame-de-Romigier à Manosque, les *ex-voto* rappelant la mémoire des rares survivants du choléra, notamment celui de Seraffina Gavassa, une mère de famille qui a miraculeusement échappé à la mort alors qu'elle était à toutes extrémités le 15 septembre. Elle rend grâce à Notre-Dame de Laghet (*Grazia Ricevuta Della Benedetta Vergine di Laghetto*), sur un tableau de peinture à l'huile. On y voit, dans une chambre lambrissée, une femme d'âge moyen, au teint très pâle, gisant sur un lit, la tête sur un oreiller, sous un dais blanc, à côté d'un prêtre, bréviaire dans la main droite et tenant la main gauche de l'agonisante, près de son époux assis et de ses deux grands enfants accablés. Sur la table de nuit, on remarque un vase d'eau bénite avec un goupillon, sous une croix fixée au mur qui l'a fait échapper à une mort certaine. Un pot à fumigations est installé sur une petite table au fond de la pièce. La Vierge de Laghet, patronne de Nice, est assise, en robe rouge et manteau bleu, son fils sur les genoux (Figure 7).

ÉPILOGUE

La théorie des miasmes sera majoritairement acceptée par les médecins lors des épidémies de 1848 et 1853. On pense alors que les épidémies seraient déclenchées par l'inhalation de poisons, résultat de la décomposition de matières organiques. Seuls des sujets présentant des prédispositions physiologiques peuvent être atteints. C'est à cette époque qu'un médecin anglais, John Snow, va porter un regard novateur sur la transmission du choléra durant sa réapparition à Londres en octobre 1848 après seize ans d'éclipse, faisant 14 137 morts en 1849. Il prend le parti des « contagionnistes » en publiant en août 1849 un essai intitulé *On the Mode of Communication of Cholera* (19). Il soutient que la maladie est transmise par une substance morbide agissant directement sur le tube digestif. Il nie la transmission par inhalation d'effluves. Le choléra est dû à l'ingestion d'un poison qui irrite la muqueuse digestive. L'épaississement du sang est la conséquence des pertes liquidiennes de la diarrhée et des vomissements. Il conclut que le « poison » du choléra est répandu par les pertes quotidiennes qui sont ingérées par inadvertance. Après une nouvelle éclipse de quatre ans, le choléra réapparaît en Angleterre en 1853. Snow va démontrer le rôle de la contamination fécale de l'eau grâce à de remarquables études épidémiologiques sur l'incidence du choléra en fonction de la qualité de l'eau potable distribuée par les compagnies des eaux de Londres (20). Ces résultats seront confirmés en 1854 à l'occasion de l'épidémie de Broad Street. C'est l'*experimentum crucis* : « la plus concluante de toutes les preuves d'une connexion entre la pompe de Broad Street et l'épidémie de choléra » (21). La même année 1854, un professeur italien d'anatomie, Filippo Pacini, lors d'une épidémie de choléra à Florence, examine au microscope les tissus intestinaux prélevés à l'autopsie immédiatement après le décès. Il observe un bacille en virgule, très abondant, qu'il appelle *Vibrio comma* (22). Ces observations publiées dans une revue italienne passeront inaperçues jusqu'en 1883, quand Robert Koch découvrira en Inde l'agent infectieux à l'origine du choléra, une bactérie en virgule qu'il nomme *Vibrio cholerae* (23) et qui produit une toxine responsable d'une diarrhée incoercible. On montrera par la suite qu'il existe de nombreux porteurs sains, disséminant un germe hautement pathogène sans induire aucun signe clinique, expliquant l'inefficacité des barrières sanitaires et le fait que de nombreux patients n'aient jamais été en contact avec des cholériques. Au XX^e siècle, on déterminera que la meilleure thérapeutique du choléra est la réhydratation, comme le préconisaient William O'Shaughnessy et Thomas Latte dès 1832 (24).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Fabre F, Challan F. Histoire du cholera-morbus asiatique depuis son départ des bords du Gange en 1817 jusques à l'invasion du midi de la France en 1835. *Marius Olive*, Marseille ; 1835.
- (2) Pichot A, Itinéraire du choléra-morbus, depuis le Bengale jusqu'en Europe, *Revue de Paris* 1831 ; **28** : 5-15. gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5778765v
- (3) Heine H. De la France. *Éditions Slatkine*, Genève ; 1980 : 133-4.
- (4) Gendrin AN. Document sur le choléra morbus épidémique, transmis par lettre à un médecin de province. *Baillièrè*, Paris ; 1832.
- (5) Henry N. Le choléra morbus, sa nature, son siège, son traitement. *Boulland*, Paris ; 1832.
- (6) Daudé E, Eliot E, Jeanne P, La construction spatio-temporelle du risque associé à la pandémie de choléra-morbus de 1832 par le Journal de Rouen, *Etudes normandes* 2014 ; halshs-02194217
- (7) Rapport sur la marche et les effets du choléra morbus dans Paris et les communes rurales du département de la Seine. *Imprimerie royale*, Paris ; 1834. gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k842918.image
- (8) Le Mée R. Le choléra et la question des logements insalubres à Paris (1832-1849). *Population* 1998 ; **53** : 379-97.
- (9) Villermé LR. Note sur les ravages du choléra morbus dans les maisons garnies. Paris : *Renouard*, Paris ; 1834.
- (10) Maitre AM, Ducable G, Louis-René Villermé et le choléra en 1832. *Hist Sci Med* 1982 ; **16** : 317-25.
- (11) O'Shaughnessy WB. Experiments on the blood in cholera. *Lancet* 1831 ; **17** : 490.
- (12) O'Shaughnessy WB. Report on the chemical pathology of the malignant cholera. *Highley*, London ; 1832 : 1-72.
- (13) O'Shaughnessy WB. Proposal of a new method of treating the blue epidemic cholera by the injection of highly-oxygenated salts into the venous system. *Lancet* 1831 ; **17** : 366-71.
- (14) Latta T. Saline venous injection in cases of malignant cholera, performed while in the vapour bath. *Lancet* 1832 ; **19** : 208-9.
- (15) Panzac D. Aix-en-Provence et le choléra en 1835. *Annales du Midi* 1974 ; **86** : 419-44.
- (16) Guiral P. Marseille. In Le choléra, la première épidémie du XIX^e siècle, Chevalier L (Ed.). *Imprimerie Centrale de l'Ouest*, La Roche-sur-Yon ; 1958 : 121-40.
- (17) Tencé U. Annuaire historique universel. Thoisnier-Desplaces, Paris ; 1838 : 225-6.
- (18) Vinten-Johansen P, Brody H, Paneth N, Rachman S, Rip M. Cholera, chloroform, and the science of medicine: a life of John Snow. *Oxford University Press*, New York, Oxford ; 2003.
- (19) Snow J. On the mode of communication of cholera. *Churchill*, London ; 1849.
- (20) Snow J. Cholera and the water supplies in south districts of London. *Br Med J* 1857 ; **1** : 864-5.
- (21) Snow J. Report of the cholera outbreak in the parish of St. James, Westminster, during the autumn of 1854. *Churchill*, London ; 1855.
- (22) Pacini F. Osservazioni microscopiche e deduzioni patologiche sul cholera asiatico, *Gazz med ital Toscana* 1854 ; **6** : 397-405.
- (23) Koch R. Fünfter Bericht des Leiters der deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera. *Dtsche Med Wschr* 1884 ; **10** : 111-2.
- (24) Nalin DR. The history of intravenous and oral rehydration and maintenance therapy of cholera and non-cholera dehydrating diarrheas: a deconstruction of translational medicine: from bench to bedside? *Trop Med Infect Dis* 2022 ; **7** : 50.