

CAHIERS FRANÇOIS VIÈTE

Série III – N° 10

2021

*Lieux et milieux de savoirs :
pour une écologie des pratiques savantes*

sous la direction de
Simon Dumas Primbault, Paul-Arthur Tortosa,
Martin Vailly

Centre François Viète
Épistémologie, histoire des sciences et des techniques
Université de Nantes - Université de Bretagne Occidentale

Cahiers François Viète

La revue du *Centre François Viète*
Épistémologie, Histoire des Sciences et des Techniques
EA 1161, Université de Nantes - Université de Bretagne Occidentale
ISSN 1297-9112

cahiers-francois-viete@univ-nantes.fr
www.cfv.univ-nantes.fr

Rédaction

Rédactrice en chef – Jenny Boucard

Secrétaire de rédaction – Sylvie Guionnet

Comité de rédaction – Delphine Acolat, Hugues Chabot, Colette Le Lay, Jemma Lorenat, Pierre-Olivier Méthot, Cristiana Oghina-Pavie, Thomas Morel, François Pepin, David Plouviez, Pierre Savaton, Valérie Schafer, Josep Simon, Alexis Vrignon

Comité scientifique

Yaovi Akakpo, David Baker, Grégory Chambon, Ronei Clecio Mocellin, Jean-Claude Dupont, Luiz Henrique Dutra, Hervé Ferrière, James D. Fleming, Catherine Goldstein, Alexandre Guilbaud, Pierre Lamard, François Lê, Frédéric Le Blay, Baptiste Mèlès, Rogério Monteiro de Siqueira, Philippe Nabonnand, Karen Parshall, Viviane Quirke, Pedro Raposo, Anne Rasmussen, Sabine Rommevaux-Tani, Aurélien Ruellet, Martina Schiavon, Pierre Teissier, Brigitte Van Tiggelen



ISSN 1297-9112

SOMMAIRE

Introduction – Milieux, media, écologie des savoirs

Simon Dumas Primbault, Paul-Arthur Tortosa

& Martin Vailly

- SIMON DUMAS PRIMBAULT..... 21
Un milieu d'encre et de papier. Brouillons, notes et papiers de travail dans les archives personnelles de Vincenzo Viviani (1622-1703)
- MARTIN VAILLY 55
Le globe synoptique et son vernis craquelé : une histoire matérielle de la production et de l'usage des globes terrestres de Coronelli
- GRÉGOIRE BINOIS & ÉMILIE D'ORGEIX 87
Entre terrain et dépôt : envisager les mi-lieux de production des ingénieurs militaires géographes (XVII^e-XVIII^e siècle)
- BEATRICE FALCUCCI 113
Bringing the Empire to the Provinces: Colonial Museums and Colonial Knowledge in Fascist Italy
- EMANUELE GIUSTI 147
From the Field to the Bookshop. Shaping Persepolis in the Early 18th century
- DÉBORAH DUBALD..... 183
« Un vaste local pour y étaler ses richesses » : inaugurer la Galerie de zoologie à Lyon en 1837
- PAUL-ARTHUR TORTOSA 217
Projet médical, cauchemar sanitaire : les hôpitaux militaires français comme milieux de savoir (Italie, 1796-1801)
- THIBAUT BECHINI..... 249
Le chantier comme milieu de savoir. Changement technique et fabrique de la ville ordinaire à Marseille (seconde moitié du XIX^e siècle)

- **Varia**
- GAËLLE LE DREF 271
Analyse des raisonnements évolutionnistes dans les controverses socio-techniques sur les OGM agricoles en France (1990-2010)

Projet médical, cauchemar sanitaire : les hôpitaux militaires français comme milieux de savoir (Italie, 1796-1801)

Paul-Arthur Tortosa*

Résumé

Cet article analyse les hôpitaux militaires français comme des milieux de savoir dont l'aménagement dans des villes étrangères pose des problèmes à la fois scientifiques, sociaux et politiques. Tout d'abord, il établit que ces hôpitaux sont des institutions hybrides visant à surveiller et guérir les soldats. Ensuite, il étudie les tensions engendrées par ce double impératif, l'organisation d'un milieu à la fois thérapeutique et disciplinaire, ainsi que les contraintes imposées par le manque de temps et de moyens. Enfin, il s'intéresse à l'intégration de ces milieux thérapeutiques et disciplinaires mais aussi iatrogènes et anxio-gènes dans le milieu urbain et les réactions des populations italiennes à ces établissements.

Mots-clés : Italie, hôpitaux militaires, médecine, Révolution française, santé environnementale, microhistoire.

Abstract

This article describes French temporary military hospitals as knowledge environments whose development in foreign cities raises scientific, social and political issues. First of all, it establishes that these hospitals are hybrid institutions, between prison and laboratory, aiming at both monitoring and curing soldiers. Second, it studies the tensions generated by this dual imperative, the organization of a therapeutic and disciplinary environment, as well as the constraints imposed by the lack of time and means. Finally, it studies that the integration of these therapeutic and disciplinary but also iatrogenic and anxiety-provoking environments in the urban environment and the reactions of Italian populations to these establishments.

Keywords: Italy, military hospitals, medicine, French Revolution, environmental health, microhistory.

* Attaché temporaire d'enseignement et de recherche au Département d'histoire des sciences de la vie et de la santé, et membre associé du laboratoire Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe (SAGE), Institut universitaire européen/Université de Strasbourg.

UN proverbe rapporté par Alexandre Dumas (1863, p. 64 cité par Candela, 2011, p. 275) affirme que « l'Italie fut et sera toujours le tombeau des Français »¹. Ce *topos* se retrouve chez les inspecteurs² généraux du Service de santé des armées (SSA) qui écrivent que l'on « répète communément que les armées françaises pénètrent avec facilité en Italie, mais qu'après s'y être signalées par des exploits guerriers, elles finissent par devenir les victimes de la chaleur, et des autres influences pernicieuses du climat » (Coste et al., 1796, p. 2). Cette sinistre réputation ne semble pas usurpée au regard du taux d'hospitalisation de l'armée d'Italie, dirigée par le général Bonaparte. Ce taux culmine à 60 % des effectifs totaux lors de l'été 1796 (soit environ 18 000 malades et blessés) et se stabilise autour de 30 % en novembre (Houdard, 1939, p. 813). En quelques mois, le SSA est donc contraint de mettre en place, dans un territoire étranger et sans grandes ressources financières, un système hospitalier capable d'accueillir un nombre impressionnant de patients. En effet, les règlements du SSA insistent sur la nécessité absolue pour les soldats d'être pris en charge dans des hôpitaux militaires français pour plusieurs raisons. Premièrement, les médecins militaires considèrent qu'un séjour dans un établissement civil nuit à la discipline (Coste, 1790, p. 5-8). Deuxièmement, la prise en charge des blessures et des maladies est présentée comme un droit fondamental du soldat (Beauvais, 179 ?). Troisièmement, la désertion, fortement associée aux hôpitaux, semble plus facile à contrôler dans les établissements militaires que civils.

Les campagnes de la décennie révolutionnaire, dans lesquelles s'inscrivent celles d'Italie, constituent donc un premier test pour le SSA fraîchement réorganisé. En effet, cette institution a connu, tout au long du XVIII^e siècle, de nombreuses réformes, et elle sort à peine d'une profonde restructuration (Brice & Bottet, 1907). La période révolutionnaire est généralement décrite comme un moment d'innovation dans l'évacuation des blessés, avec le développement de « l'ambulance volante » de Larrey (Del Duca, 2014), ou encore de circulation de modèles administratifs, dans la mesure où les services de santé aux armées des États italiens du début du XIX^e siècle sont très largement inspirés du système français (Messina, 1991 ; Carnevale, 2012). La circulation des modèles est indissociable de celle des hommes, de nombreux échanges ayant lieu entre praticiens français et italiens. L'acculturation de certains médecins militaires français aux théories de

¹ « *L'Italie fu e sarà sempre il sepolcro dei Francesi* ».

² Dans cet article, les termes masculins ne renvoient pas à des universaux mais à des groupes sociaux exclusivement composés d'hommes.

John Brown est par exemple bien documentée, tandis que des médecins de la péninsule suivent les armées françaises, notamment en Égypte ou à Saint-Domingue (Chappey, 2009 ; Graf & Zaugg, 2016 ; Nobl, 2016)³. Cependant, cet article s'intéresse non pas à la circulation des savoirs et des savants, mais à celles des lieux et des masses. En effet, les hôpitaux militaires dont il est ici question sont des structures temporaires en mouvement, sans cesse installées dans de nouveaux espaces, en fonction du déplacement des armées. Leur établissement entraîne par ailleurs la mise en contact des masses militaires malades et des populations locales, ce qui a des conséquences biologiques et sociales majeures. Il s'agit ainsi d'interroger la prise en charge de la santé des populations militaires dans ses interactions avec celle des civils (Rasmussen, 2019).

Objet de fantasmes et d'interrogations, symbole de la médecine moderne, l'hôpital a donné lieu à d'innombrables études empiriques et réflexions théoriques (Van der Geest & Finkler, 2004 ; Long et al., 2008 ; Street & Coleman, 2012 ; Fortin & Knotova, 2013 ; Bonah & Filliquet, 2016 ; Kehr & Chabrol, 2018). L'histoire de sa « crise » et sa « médicalisation » aux XVIII^e et XIX^e siècles est également très bien connue (Bloch, 1908 ; Léonard, 1981 ; Goubert, 1982 ; Imbert, 1982 ; Faure, 1990 ; Berlivet, 2010 ; Chauveau, 2011 ; Ermakoff, 2014). Les hôpitaux militaires, bien que longtemps moins étudiés que leurs homologues civils, ont récemment bénéficié d'un regain d'intérêt. Ils ont été envisagés sous deux angles principaux : comme des lieux de production savante ou comme milieux sociaux et professionnels. Ils ont notamment été décrits comme des laboratoires où les médecins pouvaient réaliser expériences et études statistiques sur de larges populations, et dont les archives peuvent appuyer l'épidémiologie historique (Keel, 2001 ; Coste, 2010 ; Chanet, Fredj, Rasmussen, 2016 ; Rasmussen, 2016 ; Charters, 2015 ; Coste & Belmas, 2018). Néanmoins, bien qu'ils soient les lieux d'une surveillance continue et les creusets d'une médecine de masse, cela ne signifie pas que la parole des patient·es y soit totalement négligée, comme l'a montré Claire Fredj (2006). L'historiographie de la médecine militaire rejoint ici celle de la médecine civile, l'analyse des règlements hospitaliers, tout comme l'étude des plaintes

³ Le médecin écossais John Brown (1735-1788) dénonce la complexité de la médecine de son époque, qu'il juge artificielle. Il propose un modèle simple, dans lequel la propriété fondamentale de la vie est l'excitabilité (*incitabilitas*). Dans cette perspective, les organismes subissent en permanence des *stimuli* produits par l'environnement dans lequel ils vivent, et les maladies de sthéniques ou asthéniques selon qu'elles s'expliquent respectivement par un excès ou un manque de stimulation (Risse, 1971).

des usagers et usagères ayant permis de relativiser la sombre description foucauldienne de l'hôpital comme lieu disciplinaire. Elle propose ainsi un récit plus nuancé, insistant sur la progressive constitution de garanties des droits des patient·es (Barillé, 2010 ; Devoti, 2010 ; Nonnis-Vigilante, 2010).

Cet article appréhende les hôpitaux militaires temporaires comme « milieux de savoir », en s'inspirant des travaux de Science and Technology Studies étudiant les « laboratoires de terrain » (*field laboratories*) c'est-à-dire des lieux intermédiaires « entre l'espace standardisé et purifié du laboratoire et les espaces variés et particuliers du terrain », ou encore comme des « lieux de savoir », entendus comme des théâtres situés de la pratique médicale (Jacob, 2007, 2011, 2014 ; Heggie, 2016, p. 810)⁴. Le glissement lexical du « lieu » vers le « milieu » de savoir, s'inscrit dans une volonté de remplacer la conception géographique du lieu comme espace au profit d'une vision écologique du lieu comme milieu. Premièrement, ce glissement fait écho aux représentations des praticiens de l'époque. Ces derniers sont en effet pour la plupart convaincus de l'influence du climat sur la santé. De nombreuses pathologies sont expliquées par des dérèglements internes provoqués par des déséquilibres externes tels que des variations excessives de chaleur, d'humidité ou encore par l'action des vents. De même, la corruption de l'air, par les exhalaisons des eaux stagnantes ou le souffle des malades, est également perçue comme pathogène. Ainsi, contraints d'agir dans l'urgence et avec des moyens limités, les médecins militaires ne cherchent pas à construire des édifices parfaitement protégés du monde extérieur. Ils tentent plutôt d'aménager, selon des principes savants, un milieu intermédiaire aussi protecteur que possible entre l'homme malade et l'environnement pathogène, pensé comme un « second placenta » protégeant les soldats malades ou blessés de l'influence délétère de l'environnement (Perrot, 1975, p. 886). Deuxièmement, il s'agit de faire un pas de côté vis-à-vis des travaux qui ont longtemps étudié la manière dont des « lieux sans emplacement » (*placeless places*) permettaient la stabilisation et la circulation d'énoncés produits comme « vrais » (Latour & Woolgar, 1986 ; Schaffer, 1997 Livingstone, 2003 ; Raj, 2007 ; Seth, 2009). En effet, si l'on se place du point de vue de ces lieux particuliers et non de la science en général, d'autres questions émergent : « avant de pouvoir s'intéresser à la manière dont les particularités de tels lieux contribuent ou nuisent à la crédibilité du savoir qui y est produit il faut d'abord comprendre comment ces lieux ont été rendus propres à

⁴ « A “halfway house” between the generic, purified space of the laboratory and the varied and particular spaces of the field » (Wenzel Geissler & Kelly, 2016, p. 799).

la pratique scientifique » (Street, 2016, p. 955-956)⁵. La référence à un « milieu » organique et agissant vise donc à insister sur les contraintes de la pratique même de la science plutôt que sur les difficultés à produire quelque part des énoncés valables partout. Cependant, il serait réducteur de se contenter de mesurer le décalage entre les grands projets scientifiques théoriques et leur mise en pratique nécessairement incomplète. Ainsi, constater l'inachèvement de l'entreprise d'aménagement du milieu hospitalier ne doit pas se dispenser de l'étude de la manière dont les acteurs eux-mêmes pensent les limites de leur action. En effet, les discours sur les difficultés matérielles, les lourdeurs administratives et les échecs répétés constituent de véritables lieux communs de la littérature médicale militaire jusqu'à la période contemporaine (Lachenal, 2017, p. 144).

La présente étude repose sur plusieurs ensembles documentaires visant à montrer l'imbrication des enjeux et la pluralité des perspectives, entre Français et Italiens, civils et militaires, administrateurs et médecins, experts et profanes. Pour le point de vue français, elle mobilise principalement les archives du SSA, qui contiennent à la fois les textes et règlements officiels censés cadrer la pratique de terrain et des produits de l'activité quotidienne : courriers des médecins, rapports d'inspection, et « mouvement » des hôpitaux⁶. Pour la perspective italienne, elle s'appuie principalement sur les fonds des magistratures de santé de Gênes et Milan, qui rassemblent des documents variés, relevant tant des domaines médicaux que politiques : rapports médicaux, pétitions, procès-verbaux d'assemblées municipales, etc.

Cet article établit tout d'abord que les hôpitaux militaires sont des milieux de savoirs médicaux et administratifs, mais qu'ils ne sont pas des « espaces scientifiques unifiés » (Street, 2016), dans la mesure où ils possèdent également une fonction disciplinaire et stratégique. Ensuite, il étudie la manière dont les médecins militaires ont pensé et réalisé l'aménagement des hôpitaux de campagne, et s'intéresse aux discours sur les difficultés à les constituer comme milieux thérapeutiques. Enfin, il souligne l'ambivalence des hôpitaux militaires, à la fois milieux thérapeutiques, iatrogènes et anxio-gènes.

⁵ « Before they can worry about the ways in which the specificity of such places contributes to or detracts from the credibility of knowledge they produce, they have to worry about how to make that place accommodate science. » Toutes les traductions sont de l'auteur.

⁶ Ces documents consistent généralement en des tableaux résumant le nombre de personnes entrées, sorties et demeurant dans l'hôpital, répartis par type de maladie. Ces rapports sont souvent agrémentés d'un commentaire du médecin chef indiquant l'état général de l'hôpital, les principales maladies qui y règnent, ainsi que les conditions climatiques.

Penser et aménager un milieu thérapeutique à la fin du XVIII^e siècle

- *Deux enjeux complémentaires mais parfois contradictoires : surveiller et guérir*

En 1796, le SSA est dirigé par six inspecteurs généraux — deux médecins, deux chirurgiens et deux pharmaciens — et son fonctionnement est réglé par la loi du 3 ventôse an II (22 février 1794) et le règlement du 30 floréal an IV (19 mai 1796) (Cabanes, 1918, p. 334-360 ; Guillermand & Fabre, 1982)⁷. Ces textes indiquent que les soldats malades ou blessés doivent être soignés prioritairement dans des hôpitaux militaires dédiés, et n'être transférés dans des établissements civils qu'en cas de nécessité absolue. Pourtant, un règlement royal sur les services de santé élaboré par Jean Colombier en 1788, devait entraîner la suppression d'un grand nombre d'hôpitaux militaires sédentaires et une plus grande délégation des soins aux chirurgiens dans des hôpitaux régimentaires mobiles (Gallot-Lavallée, 1913 ; Labrude, 2009). Ce texte a cependant été immédiatement critiqué par Jean-François Coste (1790), dans un pamphlet qui rappelle que préserver la santé des militaires a un coût, et que vouloir trop réduire ce dernier ne peut conduire qu'à la catastrophe. Le débat entre Coste et Colombier est bien plus qu'une querelle personnelle, et témoigne de la tension entre médecins et chirurgiens, ainsi que des hésitations au plus haut niveau de l'État sur le rôle que l'hôpital doit jouer dans la structure de soin⁸. C'est finalement la position de Coste qui triomphe sur celle de Colombier, faisant de l'hôpital la clé de voûte du système sanitaire et le lieu privilégié du soin dans le monde militaire. Cette victoire, couplée à l'entrée en guerre de la France dans un conflit de masse, entraîne des réformes visant à renforcer et réorganiser les services de santé des armées (Zaugg, 2016). Le SSA n'est donc pas une institution dont l'élargissement des prérogatives suivrait une trajectoire linéaire, caractérisée par une « médicalisation » univoque de la santé militaire. Il est plutôt un service fréquemment remanié, dont l'efficacité et l'organisation souffrent de nombreuses hésitations et changements de cap.

Les hôpitaux militaires ont une fonction stratégique simple : maximiser le nombre de soldats aptes à combattre en minimisant les dépenses. En effet, comme l'observe non sans amertume un médecin militaire, la doc-

⁷ *Loi relative au Service de santé des armées et des hôpitaux militaires ; suivie du Règlement concernant les hôpitaux militaires de la République française et de l'Instruction sur les moyens d'entretenir la salubrité, et de purifier l'air des salles, dans les hôpitaux militaires de la République*, Paris, Journal Militaire, An II (1794), p. 1-44.

⁸ Un questionnement similaire traverse le monde civil et anime les débats des premières années de la Révolution française (Foucault, 1963 ; Léonard, 1981).

trine du SSA pouvait être résumée en « nulle nécessité de faire des dépenses pour conserver des soldats qui ne [coûtent] rien » (Gama, 1841, p. 546, cité par Hudon, 1994, p. 4). Ensuite, les autorités militaires sont bien conscientes du fait que les hôpitaux militaires constituent l'un des lieux privilégiés de la désertion. Ainsi, investi d'une fonction thérapeutique, l'hôpital est également un milieu administratif de contrôle de la population militaire. Cette surveillance, prévue par les règlements, repose sur l'action d'une série d'acteurs ainsi que sur de nombreuses « technologies de papier » (Denis & Lacour, 2016). En théorie, aucun soldat ne peut être admis à l'hôpital sans un billet contenant son nom, prénom, grade et lieu de naissance⁹ ; ce billet est vérifié dès son arrivée par un officier de santé¹⁰ qui le timbre de la mention « fiévreux », « blessé », « vénérien » ou « galeux »¹¹. Pour sortir, le soldat doit à nouveau présenter son billet, signé d'un officier de santé¹². Par ailleurs, la surveillance des patients, prévue par la législation, est le fait des officiers de santé, mais aussi de gardes armés recrutés parmi les soldats de l'armée ainsi qu'un portier chargé de contrôler les personnes et biens entrants et sortants de l'hôpital¹³. La conciliation des enjeux thérapeutiques et disciplinaires ne va cependant pas de soi, dans la mesure où les théories médicales de l'époque insistent sur la nécessité de multiplier les ouvertures afin de favoriser la circulation de l'air, considérée comme la principale condition de la salubrité d'un lieu par la médecine du XVIII^e siècle.

⁹ *Loi relative au service de santé des armées...*, *op. cit.*, Titre V « De la réception des malades et blessés et de leur sortie », article 1.

¹⁰ Le titre d'officier de santé peut renvoyer à deux groupes sociaux selon le contexte. Dans cet article, nous employons ce terme dans son sens militaire. En effet, dans les armées révolutionnaires, tous les médecins, chirurgiens et pharmaciens militaires sont appelés ainsi, le titre visant à établir une correspondance entre leur statut et celui des officiers militaires. Ces « officiers de santé » militaires ne doivent pas être confondus avec les « officiers de santé » civils, qui, au XIX^e siècle, sont des médecins ayant suivi une formation plus courte et moins difficile que les « véritables » médecins. Venant généralement de milieux sociaux plus modestes, ils assurent un semblant de couverture médicale dans les zones rurales globalement délaissées par l'élite des médecins (Faure, 2020).

¹¹ *Loi relative au service de santé des armées...*, *op. cit.*, Titre V, article 10.

¹² *Ibid.*, article 18. La falsification des billets d'hôpitaux est sévèrement punie, comme en atteste l'avis public rédigé lors du procès du 18 floréal an V (7 mai 1797). Antoine Médaille, chasseur à cheval de la 43^e brigade, convaincu d'avoir été l'investigateur de la désertion de ses camarades, est condamné à cinq ans de fers, et ses trois acolytes, porteurs de faux billets d'hôpitaux sont quant à eux condamnés à trois ans du même traitement. SHD, J2, 364, Dossier 1757.

¹³ *Loi relative au service de santé...*, *op. cit.*, Titre III, Articles 1-11.

- *Environnement pathogène et milieu thérapeutique*

La médecine, en 1796, rassemble un large éventail de savoirs et de pratiques qui ne sont pas unifiées par un paradigme unique. Cependant, les principaux médecins militaires s'accordent sur l'influence du climat. La santé des soldats est toujours pensée à travers leur inscription dans un milieu, à la fois physique et social, saisie à travers le prisme de la « sensibilité » des individus à leur entourage (Barret, 2000, p. 87-150 ; Jankovic, 2010 ; Lloyd, 2013 ; Sellers, 2018 ; Taylan, 2018, p. 65). Cette perspective remonte au moins à Hippocrate, mais certains travaux invitent à ne pas saisir la permanence de l'invocation du climat des théories hippocratiques au siècle des Lumières comme une vraie continuité épistémologique, bien que les praticiens modernes se réfèrent fréquemment au père de la médecine et à *Airs, Eaux, Lieux* (Hippocrate). Tout d'abord, cette confusion est parfois entretenue par les médecins du siècle des Lumières eux-mêmes. La référence au « père de la médecine » fait alors davantage figure d'argument rhétorique que de source théorique, Mirko Grmek (1997, p. 169) dénonçant le « prétendu “retour à Hippocrate” » comme « un habile cri de guerre, une illusion savamment entretenue par Sydenham et ses partisans »¹⁴. Ensuite, Ferhat Taylan (2018, p. 46-47) soutient que « l'insistance de Newton sur le milieu physique et l'analyse chimique de l'air commencée par Lavoisier transforment radicalement ce que les hommes pouvaient entendre par climat » et que « dans ce contexte, la référence à Hippocrate sert plutôt à apporter une caution théorique à de telles recherches ». Une des différences majeures entre les théories antique et moderne serait que la première considère le climat comme une position géographique tandis que la seconde le pense comme « un ensemble de processus dynamiques qui concourent à produire le caractère d'un lieu » (Fressoz & Locher, 2010, p. 3). Cette remise en question de l'immobilité du climat antique est liée à la conception renouvelée de l'air et de sa modifiabilité physico-chimique (Taylan, 2018, p. 58). Le « climat » n'est donc pas un ensemble de caractères fixes et déterminés par la position géographique d'un lieu, mais bien un milieu toujours changeant sur lequel il est possible d'agir.

¹⁴ Thomas Sydenham (1624-1689) est l'un des médecins britanniques les plus célèbres de l'époque moderne, notamment connu pour son développement d'une nosologie inspirée par l'histoire naturelle, l'importance qu'il accordait à l'observation clinique et ses travaux sur les fièvres (Sydenham, 1676 ; Garrido, 2019).

Une des modalités d'appréhension des relations entre le climat et les êtres humains est, au XVIII^e siècle, la topographie médicale. Cette dernière consiste en une description précise des propriétés physiques d'un territoire (hydrologie, relief, climat, etc.) servant de base à l'analyse des caractéristiques sanitaires et sociales, voire psychologiques, de la population qui y réside (Peter, 1967 ; Moussy, 2004 ; Edrom, 2018). Ce genre, souvent décrit comme popularisé en France par Vicq d'Azyr à la Société royale de médecine, joue également un rôle clé dans le développement de la médecine militaire au XVIII^e siècle. En effet, avant même que la Société royale de médecine ne promeuve ce type d'étude, le premier périodique officiel du SSA rassemble, sur le conseil de son éditeur, un grand nombre de topographies médicales, notamment des lieux où se trouvent des garnisons (Hautesierck, 1766, 1772). De même, le projet d'une « géographie médicale de la France » est largement débattu dans les milieux militaires (Barret, 2000).

Néanmoins, les cadres du SSA ne livrent pas trop de considérations sur le peuple italien, et se concentrent principalement sur l'influence du climat péninsulaire sur les armées françaises. Ce dernier n'est pas jugé menaçant dans son ensemble : la plupart des régions « d'Italie septentrionale » sont même réputées saines. Les inspecteurs écrivent par exemple que « le Milanez [...] est un pays généralement sain » ou encore que « le pays de Modène est [un] des plus favorables à la santé » tandis que la qualité de l'air de Parme ou Plaisance est louée (Coste et al., 1796, p. 8-10). En revanche, le jugement porté sur la situation du Piémont est déjà plus ambigu : globalement saine, la région est caractérisée par de fortes variations de températures et des vents pouvant entraîner des « maladies catarrhales » et autres « fièvres opiniâtres » (Coste et al., 1796, p. 6-7). Enfin, la principale source d'inquiétude des médecins militaires est : « la ville de Mantoue, située sur le milieu d'un lac formé par le Mincio. Ses environs sont malsains, à cause des voisinages des marais ; et cette position peut devenir très funeste à la fin de l'été, si des circonstances militaires forçaient à ralentir encore davantage le cours du Mincio pour étendre l'inondation » (Coste et al., 1796, p. 8-9). De manière générale, les principales maladies redoutées (dysenterie et fièvres intermittentes) sont attribuées à deux causes climatiques majeures qui sont des classiques de la littérature médicale de l'époque : « l'excessive chaleur » et « les émanations des eaux stagnantes » (Coste et al., 1796, p. 41-42 ; Wear, 2008 ; Jones, 2016).

De même, les inspecteurs généraux du SSA n'affichent pas une inquiétude excessive à l'égard du climat italien pris dans sa globalité. Les deux principaux arguments avancés sont que « nos armées, et notamment celle d'Italie, ont acquis depuis six ans de guerre une force de vétéranse et

d'habitude qui les rend bien moins susceptibles des influences externes » et que « l'armée d'Italie est déjà acclimatée à une température à peu près la même que celle de la partie supérieure de l'Italie » (Coste et al., 1796, p. 3). Ce discours fait écho à deux thèmes clés de la littérature médicale du XVIII^e siècle : l'endurcissement et l'acclimatation. Le premier est lié à l'attention grandissante portée à la fibre qui devient « l'unité anatomique minimale, le premier fragment dont se composent les parties du corps » (Vigarello, 1993, p. 150 ; Cheung, 2010 ; Ishizuka, 2012, p. 567). Dans la perspective iatomécaniste, le corps humain serait composé de faisceaux de fibres, et la plupart des maladies proviendraient de la dégradation de ces dernières, trop tendues ou trop relâchées (Mandressi, 2003, p. 111). À l'inverse, le durcissement des fibres provoqué par l'effort ou la contrainte répétée permet un renforcement « absolu » de l'organisme considéré comme plus à même d'affronter des environnements difficiles. La notion d'acclimatation, initialement développée dans le domaine botanique, est quant à elle liée à l'expansion coloniale européenne et à la réflexion sur l'adaptation des hommes et des femmes à des milieux tranchant avec le climat de leur pays d'origine (Sparry, 2000 ; Chakrabarti, 2013 ; Doron, 2016 ; Linte, 2019). Dans cette perspective, plus un individu est exposé à un climat proche de celui de sa destination, plus son adaptation est censée être facile. Or, l'essentiel des troupes de l'armée d'Italie provient du sud de la France dont le climat, selon les représentations de l'époque, diffère peu de celui du nord de l'Italie (Candela, 2011). Ainsi, pour les inspecteurs généraux, la garantie universelle de l'endurcissement se double de la protection circonstanciée de l'acclimatation aux climats méditerranéens. Au-delà de ces considérations médicales, il est néanmoins possible d'appréhender la confiance affichée par Coste et ses collègues au prisme du pragmatisme. Conscients du fait qu'ils ne pourront pas aménager le pays, ils concentrent leurs efforts sur le seul milieu sur lequel ils peuvent avoir une emprise : les hôpitaux. En effet, si les inspecteurs généraux affichent leur confiance relativement au climat italien, ils ne ménagent pas leurs efforts dans l'organisation des hôpitaux militaires qui est pensée comme une tâche « environnementale ». Il ne s'agit pas simplement d'établir des bâtiments rassemblant des malades et des officiers de santé, il faut aménager des lieux pour qu'ils deviennent des milieux thérapeutiques, c'est-à-dire des espaces dont la nature même est de nature à favoriser la guérison. En effet, si les soldats sont censés résister au climat italien par les vertus de l'acclimatation et de l'endurcissement, ils peuvent malgré tout céder à son influence néfaste. Ils doivent alors trouver dans le milieu hospitalier un environnement favorable à la guérison et les protégeant des possibles influences délétères du climat. Les hôpitaux peuvent donc être saisis comme des lieux « fabriqués » dont l'espace a un carac-

tère thérapeutique (Foucault et al., 1976 ; Duhau & Lestienne, 2017 ; Her-rick, 2017).

De manière pratique, l'essentiel de l'attention médicale se porte sur la circulation de l'air, « principale préoccupation » des médecins dans la seconde moitié XVIII^e siècle. Tissot considère par exemple que le fait de ne pas ouvrir quotidiennement ses fenêtres est une des principales causes de mortalité tandis que Hales met au point de grands ventilateurs destinés aux espaces confinés comme les hospices, les prisons et les navires (Tissot, 1763 ; Vigarello, 1993, p. 186)¹⁵. La qualité de l'air des hôpitaux est également un enjeu défini comme stratégique par le ministre de la Guerre lui-même : dès le début du conflit, ce dernier charge les inspecteurs généraux du SSA de rédiger « une instruction simple sur *les moyens mécaniques et chimiques de prévenir l'infection de l'air dans les hôpitaux, et de les purifier, soit du méphitisme, soit des miasmes putrides* »¹⁶. Autre preuve de l'importance que le ministre accorde à cette question, la réponse du Conseil de santé est publiée dans le *Journal Militaire* conjointement au nouveau règlement hospitalier¹⁷. Ce texte permet de saisir l'importance de la « révolution chimique », préconisant l'adoption de la technique de fumigation à l'acide muriatique développée par Guyton de Morveau en 1773 devant la cathédrale de Dijon (Guyton de Morveau, 1773 ; Le Roux, 2016). *L'Instruction* témoigne également des difficultés provoquées par le manque de temps et de moyens dans l'établissement des hôpitaux. En effet, le Conseil de santé reconnaît qu'il « ne s'agit pas de bâtir des hôpitaux sur les meilleurs principes, on n'en a pas le temps, mais d'y approprier les maisons nationales destinées momentanément à cet usage », mais décrit le protocole à suivre pour purifier une salle comprenant entre quarante et cinquante malades. Pourtant, les salles des hôpitaux accueillent deux à trois fois plus de personnes¹⁸. De plus, le *modus operandi* proposé implique l'évacuation totale de la pièce purifiée, ce qui

¹⁵ La nouveauté de cette préoccupation est cependant à relativiser dans la mesure où elle se retrouve par exemple chez de nombreux médecins maritimes du XVII^e siècle (Linte, 2019, p. 212).

¹⁶ BNF, 8 – TC45-2, « Instruction sur les moyens d'entretenir la salubrité et de purifier l'air des salles dans les hôpitaux militaires de la République, Rédigé par le Conseil de santé du Département de la Guerre », Paris, Imprimerie Guillaume, 7 ventôse an II (25 février 1794). Souligné dans le texte.

¹⁷ *Loi relative au Service de santé des armées...*, *op. cit.*, p. 45-60.

¹⁸ BNF, 8 – TC45-2, « Instruction sur les moyens d'entretenir la salubrité... », *op. cit.*, p. 12-20. Sur le nombre de malades dans les hôpitaux de campagne, SSA, Carton 33-1, Dossiers 2, 3 et 4 par exemple portant respectivement sur les hôpitaux de Plaisance, Crémone et Codogne.

supposerait un déplacement temporaire des malades, le plus souvent impossible par manque de place. Par ailleurs, outre les tensions inhérentes à la pluralité des fonctions hospitalières, les médecins militaires sont confrontés à une série de problèmes liés à l'urgence dans laquelle les établissements sont aménagés ainsi qu'au manque de moyens mis à disposition des officiers de santé.

- *Le difficile aménagement du milieu hospitalier*

Rares sont les sources qui nous renseignent sur le fonctionnement quotidien des hôpitaux de campagne et qui permettent ainsi d'étudier les pratiques concrètes d'aménagement du milieu hospitalier. Peu de médecins ont écrit leurs mémoires, et ceux qui l'ont fait n'abordent pas ce sujet (Larrey, 1812, vol. 1, p. 121-160). Il apparaît cependant que la situation sanitaire de l'armée d'Italie se dégrade drastiquement lors du siège de Mantoue (27 août 1796 - 2 février 1797). En effet, le risque sanitaire de la région est décuplé par les manœuvres militaires. Lors de leur retraite, les troupes autrichiennes ont ralenti le cours du Mincio de sorte à agrandir les lacs entourant la ville. Ensuite, en dépit des avertissements des médecins militaires, Bonaparte fait rompre les digues du Pô afin d'inonder la ville, ce qui constitue des marais de plusieurs kilomètres de long, terrain propice à la prolifération des moustiques (Houdard, 1930, p. 108)¹⁹. Ces derniers propagent les « fièvres intermittentes » (paludisme) et remplissent les hôpitaux militaires de milliers de fiévreux.

Dans ce contexte, une inspection de ses derniers est menée par le médecin militaire Pierre Groffier. Cette pratique est prévue dès le règlement de l'an II « dans tous les cas d'épidémie et toutes les fois que le Conseil exécutif jugera convenable au bien du service »²⁰. Elle consiste en une visite précise des hôpitaux (détaillée dans un procès-verbal) et en une collecte de documents variés qui y sont produits (inventaires, tableaux indiquant le nombre de malades, états du personnel). De prime abord, ces procès-verbaux ne semblent donner que peu d'éléments sur le propos qui nous intéresse ici, dans la mesure où ils ne donnent pas le détail de l'aménagement matériel des hôpitaux. La plupart des textes rédigés par l'inspecteur font en effet la liste des manquements observés aux règlements et les remontrances faites à ses subordonnés. Il nous semble cependant ici fécond de suivre la proposition méthodologique d'Ann Laura Stoler (2008),

¹⁹ SHD, B3.22, 7 mai 1796, « Quelques réflexions sur les effets des fièvres sur l'armée en Italie » ; CN, 940, Au chef de brigade Chasseloup-Laubat, 7 vendémiaire an V (28 septembre 1796), Quartier Général, Milan, p. 598.

²⁰ *Loi relative au service de santé des armées...*, *op. cit.*, Titre XVIII, article 11.

qui invite à ne pas tenter de lire entre les lignes (« *against the grain* ») pour tenter de trouver les informations qu'elles ne donnent pas mais dont l'historien ne pense avoir besoin, mais plutôt de lire les documents selon leur propre logique (« *along the grain* »), d'interroger leur fonction et leurs effets propres. Une telle approche permet d'éviter deux travers symétriques. Le premier serait de croire *a priori* à la performativité des lois et des règlements ; le second serait d'être obnubilé par la problématique de la conformité du légal et du réel, comme l'est la vieille historiographie de la police, et de tenter d'évaluer l'écart qui existe entre l'ambition savante de constituer un milieu thérapeutique et sa mise en application concrète (Milliot, 2007). Une entreprise de comparaison des grands projets et des réalités du terrain n'a pas grand intérêt dans la mesure où l'on en connaît d'avance le résultat. Même les inspecteurs généraux à Paris savent pertinemment que les règlements qu'ils produisent sont peu ou pas respectés en pratique²¹. En revanche, réfléchir à la logique interne de l'inspection permet d'en saisir les enjeux.

L'inspection est une pratique professionnelle ; à ce titre, elle vise moins à faire respecter l'ensemble du règlement à la lettre qu'à évaluer les employés et insister auprès de ces derniers sur les points clés du règlement. En ce sens, les rapports d'inspection sont précieux, car ils mettent en scène une « mise en relief » de la législation, c'est-à-dire qu'ils révèlent la hiérarchie implicite des différents articles. En effet, toutes les infractions ne sont pas commentées de la même façon par l'inspecteur : certaines sont relevées sans être commentées, d'autres sont vraisemblablement minimisées tandis que quelques-unes sont systématiquement dénoncées et donnent invariablement lieu à de longues et sévères remontrances de l'inspecteur vis-à-vis de ses subalternes. Tout d'abord, il faut noter que les questions disciplinaires occupent davantage l'inspecteur que les questions médicales. Par exemple, visitant l'hôpital numéro 1 de Plaisance, Pierre Groffier insiste longuement sur le fait qu'il « importe [...] d'établir une garde à l'entrée de l'hôpital à l'effet d'y maintenir la police »²². L'insistance sur les aspects disciplinaires semble pragmatique, dans la mesure où il est plus facile de recruter un garde que de rendre salubre un monastère accueillant six cents malades. Elle est aussi révélatrice des limites du contrôle des soldats hospitalisés. En effet, si la multiplication des règlements et des rapports té-

²¹ SSA, Carton 9, Dossier 2, « Rapport au ministre de la Guerre sur l'utilité d'une inspection prochaine et générale du service de santé aux armées », 18 ventôse an 4 (8 mars 1796).

²² SSA, Carton 33-1, Dossier 2, « Rapport d'inspection mené par Pierre Groffier sur l'hôpital militaire de Plaisance n° 1 et 2 (1796) ».

moigne de l'intérêt porté à une question, elle peut également être interprétée comme un aveu d'impuissance à la policer efficacement (Napoli, 2003).

Par ailleurs, si les questions disciplinaires sont au cœur de l'action de l'inspecteur, ce dernier n'est pourtant pas silencieux sur les aspects sanitaires. Trois éléments font notamment l'objet de mentions répétées : les lampes, les fenêtres et les latrines. Les premières sont explicitement mentionnées par l'arrêté du 2 nivôse an II : leurs vapeurs, jugées malsaines, doivent être dirigées vers l'extérieur. Cette nécessité est sans cesse réaffirmée, mais présentée comme une évidence connue de tous. Par exemple, Groffier écrit dans le procès-verbal de l'inspection des hôpitaux de Crémone qu'il est nécessaire « d'entretenir les lampes et d'en diriger les vapeurs dehors par les moyens connus »²³. De même, les commentaires relatifs aux ouvertures permettant l'aération sont relativement uniformes : ils déplorent leur trop petite taille pour que l'air circule bien, sans vraiment proposer de solution pour remédier à ce problème. En revanche, l'inspection des latrines offre un panorama plus diversifié. Si la plupart sont jugées « bien tenues », celles de l'hôpital militaire de Codogne entraînent un amer commentaire de Pierre Groffier : il « règne dans toute l'étendue de cet escalier une latrine à travers le mur de laquelle suintent les matières fécales qui infectent l'escalier mais encore les salles auxquelles elles aboutissent. Cette latrine doit être supprimée desuite, c'est la raison qui a déterminé la construction d'une nouvelle latrine qui n'est pas encore prête »²⁴. L'organisation d'un système efficace du traitement des excréments est un enjeu capital, déjà souligné dans l'*Instruction* qui alerte sur le manque perpétuel d'eau de chasse et remarque que « la position des latrines est dans la plupart des hôpitaux, l'une des causes directes de l'odeur désagréable dont les organes sont frappés en y entrant »²⁵. L'évacuation des excréments est d'autant plus difficile que les établissements religieux ne sont pas du tout adaptés à recevoir des centaines de malades dont beaucoup souffrent de terribles diarrhées, la dysenterie étant l'une des principales maladies du soldat (Guillermard & Fabre, 1984). Il apparaît donc que le principal défi réside dans la nature même des lieux choisis pour être transformés en milieux thérapeutiques. Le plus souvent, les hôpitaux militaires sont établis en urgence dans des monastères qui sont

²³ SSA, Carton 33-1, Dossier 3, « Rapport d'inspection mené par Pierre Groffier, inspecteur général du Service de santé des armées sur l'hôpital militaire de Crémone (1796-1797) ».

²⁴ *Ibid.*, Dossier 4, « Rapport d'inspection mené par Pierre Groffier, inspecteur général du Service de santé des armées sur l'hôpital militaire de Codogne (1796) ».

²⁵ BNF, 8 – TC45-2, « Instruction sur les moyens d'entretenir la salubrité... », *op. cit.*, p. 6.

« appropriés » selon l'expression de l'époque, dans un double sens de réquisitionné et rendu (supposément) propres à leur nouvelle fonction. Or, les établissements religieux sont généralement sombres et mal aérés : tout l'inverse de ce que doivent être les hôpitaux. Ils sont également inadaptés à l'évacuation d'importantes quantités de fluides corporels divers, produits par des centaines d'hommes malades. Ainsi, l'ambition médicale de l'aménagement de milieux thérapeutiques se heurte à une série de difficultés matérielles qui transforment le projet médical en cauchemar.

Milieu iatrogène, milieu anxiogène

- *Les hôpitaux dans le milieu urbain*

Si l'aménagement des hôpitaux militaires devait prendre en compte les particularités des lieux réquisitionnés, il ne faut pas oublier le milieu urbain plus large dans lequel ils sont établis, tant dans sa dimension matérielle que sociale. Cette inscription dans un milieu préexistant conduit à une forme de cohabitation entre les structures temporaires et les populations locales (Wenzel Geissler & Kelly, 2016, p. 800-801). De manière générale, les autorités militaires françaises ont choisi d'user de la force plutôt que du dialogue pour obtenir les bâtiments et les biens dont ils avaient besoin. L'usage de la contrainte renforce par ailleurs une hostilité préexistante envers les hôpitaux militaires. En effet, milieu social et matériel organisé selon des principes savants, infrastructure massive dont l'organisation spatiale même est censée avoir une valeur thérapeutique, l'hôpital est aussi paradoxalement un lieu iatrogène (Kehr & Chabrol, 2018, p. 7). Ce phénomène se décline à deux niveaux : à l'échelle de l'hôpital même, tout d'abord, où les patient·es souffrant de maux contagieux sont entassés dans des espaces étroits et fermés et se contaminent les uns les autres ; à l'échelle des villes ensuite, car les hôpitaux militaires attirent d'importants flux de personnes malades. Cette vision de l'hôpital comme lieu d'infection témoigne également de l'ambivalence d'un milieu supposément thérapeutique : l'hôpital moderne est perçu comme un véritable générateur de miasmes et figure, avec les prisons, parmi les *usual suspects* lors de la moindre épidémie. Comme l'écrit par exemple un médecin français : « un hôpital concentré dans une ville sera toujours funeste à la santé de ses habitant·es, parce que les miasmes putrides qui en exhalent sans cesse corrompent l'air intérieur de la cité, & peuvent quelque fois même y causer des épidémies. » (Le Coiteau, 1790, p. 429-430).

En effet, les théories environnementalistes n'excluent pas la crainte d'une contagion des maladies. Avant le développement de la théorie des

germes, les étiologies contagionniste et environnementale ne s'opposent pas, et sont même le plus souvent pensées comme complémentaires. Dans la médecine savante grecque, « la notion de souillure de l'air inspiré (le miasme) fut substituée à celle d'une substance transmise d'homme à homme (le contagé) » (Grmek, 1997, p. 160 ; Parker, 1983). Cependant, de nombreux travaux renouvellent la compréhension des phénomènes de contagion à l'époque moderne. Tout d'abord, Girolamo Fracastoro (1478-1553) affirme que le typhus est transmissible et procède d'une fermentation des humeurs du corps provoquée par un contagé. À l'inverse, Giovanni Borelli (1608-1679) propose une explication atomico-mécaniste des fièvres, considérant que les fièvres malignes proviennent d'exhalaisons pénétrant dans le corps et agissant sur les organes et non pas sur les humeurs (Borelli, 1649). De même, Carlo Cogrossi souligne en 1714 le rôle des « *atometti animati* » dans le développement d'une épizootie, Giovanni Lancisi explique en 1717 la malaria par des « *effluvia animata* » invisibles transmis par les moustiques, et Giovanni Bianchini soutient en 1741 que des maladies telles que les fièvres malignes, la peste, la variole sont causées par des êtres microscopiques (Cogrossi, 1714 ; Lancisi, 1717 ; Bianchini, 1741 ; Mollaret, 1997). Ces perspectives ne s'opposent pas aux théories contagionnistes : Cogrossi souligne que les conditions atmosphériques peuvent favoriser ou détruire ces « atomes animés » tandis que Lancisi insiste jusque dans le titre de son ouvrage sur le rôle des marais dans le développement de la malaria. Une position proche se retrouve chez Sydenham, attentif au rôle du climat sur la santé, qui combine la théorie miasmatisque à celle des particules mortifères qui circuleraient dans l'air avant de pénétrer dans les corps humains (Grmek, 1997, p. 169)²⁶. Les médecins militaires combinent également en permanence les étiologies environnementales et contagionnistes, perçues comme complémentaires et non pas contradictoires (Hautesierck, 1766, 1772 ; Colombier, 1775 ; Coste, 1790 ; Coste et al., 1796).

Pour saisir l'ampleur de la menace sanitaire perçue, il faut rappeler que le milieu urbain lui-même est pensé comme fondamentalement insalubre dès le début de l'époque moderne et la « ville délétère » est un lieu commun de la littérature médicale (Corbin, 1982 ; Barles, 1999). Par ailleurs,

²⁶ Par ailleurs, l'association contagion/épidémie et environnement/endémie, proposée par certains médecins, ne fait pas l'objet d'un consensus. L'article « épidémie » de l'*Encyclopédie* explique par exemple qu'il « n'est pas nécessaire de recourir à la contagion pour rendre raison de cette communication [de la maladie] » et qu'il est « plus naturel de l'attribuer à la cause commune qui a affecté le premier & qui continue à produire ses effets dans les sujets qui se trouvent disposés à en recevoir les impressions » (Aumont, 1751, p. 788-789).

si des hôpitaux civils existaient bien évidemment dans les villes italiennes, les lazarets et les hôpitaux temporaires organisés en cas d'épidémie étaient construits hors des villes. L'établissement d'hôpitaux militaires spécialisés pour les fiévreux en plein cœur des villes est donc perçu comme une triple agression : matérielle, puisque des bâtiments et des biens sont saisis de force²⁷ ; symbolique, puisque des édifices religieux autochtones sont remplacés par des structures militaires étrangères ; médicale, dans la mesure où les hôpitaux sont des lieux iatrogènes.

Cette situation est particulièrement visible lors de la seconde campagne d'Italie (1798-1801). En effet, pendant la première campagne d'Italie (1796-1797), la rapide progression des troupes républicaines a rapidement porté les combats vers le cœur de la Lombardie, et l'essentiel des hôpitaux français se situe dans cette région. En revanche, après le départ de Napoléon pour l'Égypte en 1798, l'Empire autrichien fait reculer les armées révolutionnaires jusqu'aux Alpes. De ce fait, des hôpitaux temporaires sont établis à Gênes, tandis que Nice fait office de base arrière. Sans grande surprise, une épidémie touche alors la capitale azurée, dont les autorités municipales convoquent plusieurs médecins pour en déterminer l'origine. La réponse de ces derniers est extrêmement instructive :

Et quant aux causes qui peuvent avoir produit cette maladie qui par ces progrès rapides et effrayants, menace de venir contagieuses, les gens de l'art sont d'avis qu'indépendamment de l'encombrement des prisons, de la malpropreté des rues, basse-cour, du peu de soin de ceux qui enterrent les cadavres des hôpitaux, du défaut de police pour l'enlèvement des bêtes mortes, et du manque de surveillance sur la nature des alimens qu'on laisse introduire et vendre, tant dans le règne animal que végétal, la cause première est l'établissement de plusieurs hôpitaux militaires situés au centre de la ville, dans des locaux les moins propres à cet objet, et qui par leurs constructions, leur resserrement, et le peu d'air dont ils jouissent, les rend plutôt convenables à des cachots où les frères d'armes bien loin d'y trouver les soulagemens qu'ils ont lieu d'attendre n'y rencontrent que leur tombeau, et notamment à celui N° 1 qui, situé au milieu de la ville, et précisément dans la partie la plus basse, envoyé sur cette commune, par le vent presque continu du sud, qui règne dans nos contrées, tous les miasmes putrides qui en

²⁷ Sur les saisies de biens, voir par exemple : Archivio storico dell'Ospedale Maggiore di Milano, Sezione amministrativa – parte storica II. Prerogative (1357–2003), Dossier 91, « Requisizione militare degli argenti nel 1796 ». Voir aussi, dans le même fond, les dossiers 102-2 et 125-3 relatifs à des réquisitions d'argenterie dans des hôpitaux milanais et les églises leur appartenant. Au XVIII^e siècle, il est fréquent que les hôpitaux possèdent de nombreux biens fonciers et matériels dont la location ou la vente est censé financer le fonctionnement.

exalent, et qui, étant la cause d'une énorme mortalité dans lesdits hôpitaux, portent dans le sein des familles ces germes malfaisants et destructeurs [...] Arrête : Que quant aux hôpitaux militaires, l'Administration centrale est vivement invitée d'employer tous les moyens qui sont en son pouvoir pour les faire transférer, desuite hors l'enceinte de cette Cité, dans des locaux plus propres et plus aptes à ces établissements [...] afin d'arrêter par ce moyen et dans sa source première l'épidémie qui afflige cette commune.²⁸

Premièrement, ce texte permet de nuancer le constat de Georges Vigarello (1993, p. 12) selon lequel « le risque sanitaire a le visage de la dispersion, celui du décousu sinon de l'incohérence ». Pourtant, la diversité apparente de cet inventaire à la Prévert ne doit pas occulter le fait que presque tous les éléments évoqués se rapportent à la corruption de l'air découlant de son manque de circulation. Cette situation est dangereuse quelle que soit l'étiologie retenue, car elle induit une plus grande concentration en miasme ou en contagé. Deuxièmement, en dépit des précautions oratoires, les hôpitaux militaires de la ville sont explicitement incriminés et leur déplacement ouvertement réclamé. Cependant, cette demande n'aboutit pas, et le transfert des hôpitaux n'aurait probablement fait que repousser le problème dans les villes voisines comme Menton ou Monaco. L'histoire ne s'arrête cependant pas là : l'épidémie niçoise se propage peu à peu, traverse la frontière et frappe la Ligurie. Selon la pratique de l'époque, le gouvernement génois sollicite l'avis des autorités sanitaires et demande quelles mesures seraient à même d'empêcher le développement du mal. Leur réponse reprend les mêmes thèmes que le rapport de leurs collègues français : mauvaise qualité de l'alimentation, mais surtout trop faible circulation de l'air et influence délétère des hôpitaux militaires. Le règlement sanitaire finalement édicté reprend tous les éléments du rapport des médecins excepté la référence aux hôpitaux militaires (français), qui figure sur le brouillon, mais est rayée, comme si l'idée avait été évoquée par les médecins avant d'être écartée la Commission de santé, sans doute pour des raisons diplomatiques²⁹. Les demandes des autorités sanitaires civiles françaises et italiennes restent donc lettre morte, voire sont réduites au silence par les intérêts militaires et impériaux de l'armée d'Italie.

Une géographie morbide se dessine, suivant le mouvement des troupes et des hôpitaux : les troupes françaises reculent et contaminent

²⁸ ASG, Ufficio di Sanità 1660 : Malattie di Livorno, Spagna, Liguria, « Extrait des Registres des délibérations de l'Administration Municipale du Canton de Nice, Séance du 13 Brumaire an 8 (4 novembre 1799) ».

²⁹ *Ibid.*, « La Commission de santé aux citoyens », 6 juillet an 4 de la République Ligure (6 juillet 1800).

Nice, qui devient à son tour le foyer duquel part un phénomène contagieux touchant la Ligurie. Par ailleurs, cette dynamique dépasse largement les zones strictement frontalières : pendant l'hiver 1797, l'arrivée de prisonniers autrichiens, capturés lors de la reddition de Mantoue le 2 février, à l'hôpital militaire de Grenoble s'accompagne d'une série de fièvres qui inquiètent la municipalité (Cabanne & Villar, 1797). De telles craintes liées aux prisonniers étrangers se retrouvent les années suivantes, notamment avec la guerre d'Espagne³⁰. L'appréhension des hôpitaux militaires comme milieux iatrogènes représentant une menace sanitaire pour les milieux urbains est donc partagée par les autorités sanitaires des deux pays. Elle s'appuie sur l'articulation des théories de la médecine néohippocratique et une conception de la contagion se produisant principalement par le biais de miasmes répandus par voie aérienne. Si la dénonciation de l'influence délétère des hôpitaux militaires sur le milieu urbain peut être rendue publique en France, elle n'est pas tolérée en Italie occupée. Pourtant, malgré la censure, de l'autre côté des Alpes, médecins et citoyens sont parfaitement conscients de la menace sanitaire que constituent les établissements du SSA.

- *Représentations profanes et attaques du milieu hospitalier*

Perçus comme un foyer de contamination mettant en péril la santé de la ville tout entière, les hôpitaux apparaissent comme des cibles pour une grande partie de la population italienne. L'hostilité de la population envers les hôpitaux militaires témoigne du fait que leur perception comme milieux iatrogènes n'est pas limitée aux professionnels de santé mais qu'elle est partagée par les profanes. De même, les appels répétés des autorités sanitaires au transfert des hôpitaux hors des centres urbains démontrent que les révoltes ciblant les hôpitaux ne sont pas le fait de foules ignorantes et superstitieuses méconnaissant la vraie nature de leurs cibles, mais que la culture médicale populaire est relativement proche de celle des élites scientifiques. Cependant, l'hostilité à l'encontre des hôpitaux militaires n'avait pas toujours qu'un fondement médical, mais aussi parfois moral et politique. En effet, si les fiévreux sont perçus comme un foyer de possible contagion, les vénériens sont « réputés pour leur débauche et leur délinquance » (Hudon, 1994, p. 4).

Les officiers français sont conscients de la menace qui pèse sur les hôpitaux militaires et hésitent quant à l'attitude à adopter. Lorsque le danger est imminent, les officiers demandent à ce que les patients soient capables de se défendre eux-mêmes. Par exemple, en août 1796, Bonaparte demande à Berthier, chef de l'État-major, d'établir un hôpital de cinq cents malades

³⁰ SSA, Carton 10, Dossier 23 et *Ibid.*, Carton 1-2, Dossiers 31 et 37.

légers à Milan et d'équiper ce dernier d'un nombre équivalent de fusils pour « en cas d'évènement, armer lesdits malades »³¹. Ainsi, en théorie, les malades ne gardent pas avec eux leur arme de service, il est prévu de leur en mettre à disposition de nouvelles, uniquement en cas d'urgence. Si l'hôpital milanais ne fut jamais attaqué, ce n'est pas le cas de celui de Casalmaggiore, à en croire les mémoires d'un soldat nommé Vigo-Roussillon. Ce dernier explique être arrivé le 19 vendémiaire an IV (10 octobre 1796) dans cet établissement de la province de Crémone en Lombardie, et fait le récit suivant de son déplaisant séjour :

Tout le pays était insurgé. Les révoltés vinrent assaillir cet hôpital. Nous fermâmes nos portes, barricadâmes les fenêtres et nous défendîmes. Heureusement, presque tous les blessés avaient leurs armes. On se battit contre les paysans. Le commandant de la place voulut traverser le Pô pour se sauver avec sa femme. Il fut égorgé avec elle dans le bateau. Tous les Français isolés ou en ville furent tués. Enfin, un détachement vint à notre secours. Il nous débloqua et nous apprit que l'armée avait remporté la victoire d'Arcole. (Vigo-Roussillon, 1881, p. 42)

L'armement des malades évoqué par Vigo-Roussillon entre en contradiction avec les règlements hospitaliers qui visent à soumettre les patients à l'autorité médicale et disciplinaire des officiers de santé, mais également avec les ordres épistolaires de Bonaparte. En effet, la formulation selon laquelle « presque tous les blessés avaient leurs armes » sous-entend qu'il s'agissait de leurs armes habituelles et non de fusils distribués en urgence. Il est ici difficile de déterminer s'il s'agit d'une simple erreur s'étant glissée dans le texte lors de sa relecture ou d'une preuve d'un non-respect des ordres de général en Chef³². Il faut être prudent vis-à-vis des témoignages de soldats malades ou blessés lors de la campagne d'Italie, car ceux qui existent (Vigo-Roussillon, 1881 ; Desvernois, 1898 ; Bricard, 1891) sont d'une authenticité douteuse. En effet, ils sont généralement publiés à la fin du XIX^e siècle, dans un contexte marqué par la rivalité franco-germanique. Ainsi, ils participent d'une exaltation patriotique reconstruisant *a posteriori* le mythe de l'épopée napoléonienne. Il est en effet important de rappeler que la première campagne d'Italie possède un statut particulier dans la légende napoléonienne puisqu'elle en constitue l'acte fondateur (Amior, 1998 ; Bouan, 2011 ; Boycott-Brown, 2001). Cependant, s'il est difficile d'établir

³¹ *Correspondance Napoléon*, Lettre 868, Au général Berthier, chef de l'État-major général de l'armée d'Italie, 8 fructidor an IV (25 août 1796), Milan, (Lentz, 2004, p. 553).

³² Le texte a été relu et édité par les petits-enfants du soldat.

avec certitude la véracité factuelle de ce récit, la mise en perspective de ce dernier avec l'armement des malades à Milan témoigne d'une réelle vulnérabilité des hôpitaux militaires. De plus, si la mise en scène de la sauvagerie des révoltés sert le récit de l'héroïsme des soldats, il ne semble pas y avoir de véritable enjeu idéologique à mentir sur la question de l'origine des armes. Ainsi, il est nécessaire de nuancer la soumission des patients aux autorités médicales prévue par la loi et d'interroger la capacité du portier, non armé, à surveiller efficacement les malades potentiellement armés. Nous voyons donc ici comment l'inscription des hôpitaux militaires dans un milieu urbain conduit à un « ordre négocié » très différent de la dystopie disciplinaire que la seule lecture des règlements laisse envisager (Strauss et al., 1985).

Par ailleurs, il existe en Italie un exemple célèbre et avéré de l'hostilité de la population envers les hôpitaux militaires français. Il s'agit de l'épisode des « Pâques véronaises » : le 17 avril 1797, la population de Vérone se soulève, s'en prend à la garnison française, et se rend à l'hôpital dont les patients sont tués³³. Il est impossible de connaître leur nombre exact, car le dossier d'inspection est incomplet et largement antérieur à la révolte³⁴. Le général Beaupoil de Saint-Aulaire parle de 400 malades égorgés ; il n'est pas un témoin direct de la scène, étant retranché dans la forteresse de la ville lors de la révolte, mais le nombre indiqué est cohérent avec le nombre de patients dans les hôpitaux des autres villes. Par ailleurs, le fait que les malades français aient été tués est confirmé par d'autres récits (Gaulot, 1910)³⁵. Plusieurs remarques sont nécessaires pour comprendre pleinement la portée de cette attaque. Tout d'abord, il faut noter que la révolte en elle-même n'est pas uniquement liée à la présence d'un hôpital militaire : la population est épuisée par les dévastations de la guerre et le poids des réquisitions ; par ailleurs, le mouvement populaire est encouragé par les élites vénitiennes. Ensuite, l'hôpital est vraisemblablement attaqué car il constitue une cible symbolisant la présence française honnie mais plus facile à prendre que la forteresse où sont retranchés les soldats valides. Enfin, il semblerait que

³³ Il faut noter que l'attaque des hôpitaux et le massacre des malades ne sont en rien une particularité italienne, des anecdotes similaires se retrouvent par exemple dans les récits de la campagne de Russie de 1812 (Grandin, 1839, p. 213-214).

³⁴ SSA, 33-1, 22 : « Tableau du citoyen Sicard Jérôme, chirurgien de 1^{ère} classe en service à l'hôpital Saint Bernardin de Vérone », 26 brumaire an 5 (16 novembre 1796).

³⁵ SHD, GR 1, M 422, « Récit du massacre de Vérone, 17 avril 1797. Ouvrage du général Beaupoil de Saint-Aulaire », Non daté, arrivé au dépôt de la guerre en 1829, p. 55.

l'hôpital de Vérone était particulièrement surchargé et que, incapables d'accueillir tous les soldats malades au sein de l'établissement, les officiers de santé aient décidé d'installer une partie des patients dans les rues adjacentes à l'hôpital. Cette décision a vraisemblablement renforcé les craintes préexistantes de la population relativement à une éventuelle contamination.

Conclusion

Les hôpitaux de campagne visent à maximiser la force combattante en état de combattre. Pour ce faire, ils doivent permettre à la fois la surveillance des soldats et leur guérison. L'articulation de ces deux enjeux se traduit dans les règlements visant à codifier les relations sociales au sein des établissements mais également dans l'aménagement même du lieu. Ce dernier est par ailleurs pensé non comme une simple position géographique mais comme un véritable milieu, tant social que biologique. Bien que conçus et aménagés comme des milieux thérapeutiques, les hôpitaux militaires jouent un rôle clé dans la propagation des épidémies, car ils attirent des flux d'hommes malades et sont eux-mêmes des milieux insalubres. Cette situation est parfaitement perçue tant par les autorités sanitaires que par les populations, pour qui ces milieux iatrogènes sont également anxiogènes. Cette ambivalence des hôpitaux, milieux à la fois thérapeutiques et iatrogènes, explique les appels répétés des autorités sanitaires pour leur éloignement des centres urbains ainsi que les attaques dont ils font l'objet.

Faire l'histoire des hôpitaux militaires français en Italie au prisme de la notion de milieu permet donc de dégager la nature hybride, voire contradictoire, de ces établissements. Il apparaît également que les tentatives savantes d'aménagement d'un milieu thérapeutique se heurtent à une série d'obstacles matériels et sociaux : le manque de temps et de moyens, la nature des bâtiments saisis, l'hostilité des autorités et populations italiennes. Par ailleurs, si de nombreux travaux retracent l'éradication réussie du paludisme en Italie par le biais de programmes environnementaux massifs, cette histoire nous invite à développer un récit plus nuancé de la capacité de la science à aménager des milieux (Snowden, 2006 ; Majori, 2012). En effet, le récit que nous avons tenté d'esquisser suggère que la tentative du SSA d'aménager des milieux thérapeutiques dans des monastères réquisitionnés s'est heurtée en Italie à une série de problèmes matériels, politiques et sociaux qui ont transformé ce projet médical en cauchemar de sang, de sueur et de selles.

Remerciements

Je tiens à remercier Lea Delmaire, Guillaume Linte et Martin Vailly pour leurs retours sur les premières versions de ce texte, ainsi que les deux évaluateur·ices anonymes pour leurs précieuses remarques et suggestions. Je reste bien évidemment seul responsable des erreurs qui pourraient demeurer dans l'article.

Sigles employés pour les fonds d'archives

ASG : Archivio di Stato di Genova, Gênes

ASOM : Archivio Storico dell'Ospedale Maggiore, Milan

BNF : Bibliothèque nationale de France, Paris

SHD : Service historique de la Défense, Vincennes

SSA : Archives du Service de santé des armées du Val-de-Grâce, Paris

Références*Littérature primaire*

AUMONT (1751), « Épidémie », dans Diderot & d'Alembert (éds.), *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, Tome 5, Paris, Briasson/David/Le Breton/Durand, p. 788-789.

BEAUVAIS Charles-Nicolas (179 ?), *Rapport et projet de décret sur le service de santé des armées & des hôpitaux militaires de la République, présentés au nom des Comités de la guerre et des secours publics*, Paris, Convention Nationale.

BIANCHINI Giovanni Battista (1741), *De naturali in humano corpora vitiosa, morbosaque generatione historia, cum aeneis tabulis*, Genève, Augustae Taurinorum.

BORELLI Giovanni Alfonso (1649), *Delle cagioni delle febbri maligne di Sicilia negli anni 1647 e 1648*, Cosenza, Per Gio. Battista Rosso.

BRICARD Louis-Joseph (1891), *Mémoires De Soldats. Journal Du Canonnier Bricard, 1792-1802, Publié Pour La Première Fois Par Ses Petits-Fils Alfred Et Jules Bricard, Avec Introduction De Lorédan Larchey*, Paris, Delagrave.

CABANNE Antoine & VILLAR Dominique (1797), *Mémoire sur une fièvre putride soporeuse qui a régné à l'hôpital militaire de Grenoble, depuis le 10 Ventôse jusqu'au 10 Germinal suivant*, Grenoble, Giroud & Fils.

COGROSSI Carlo Francesco (1714), *Nuova idea del male contagioso de' buoi*, Milan, s.n.

COLOMBIER Jean (1775), *Précepte sur la santé des gens de guerre, ou Hygiène militaire*, Paris, Lacombe.

- COSTE Jean-François (1790), *Du service des hôpitaux militaires rappelé aux vrais principes*, Paris, Croullebois.
- COSTE Jean-François, BIRON Armand-Louis, HEURTELOUP Nicolas, VILLARS Dominique, BAYEN Pierre & PARMENTIER Antoine (1796), *Avis sur les moyens de conserver ou de rétablir la santé des troupes à l'armée d'Italie*, Paris, Imprimerie de la République.
- DE HAUTESIERCK Richard (1766), *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, Tome 1, Paris, Imprimerie Royale.
- DE HAUTESIERCK Richard (1772), *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, Tome 2, Paris, Imprimerie Royale.
- DEVERNOIS Nicolas Philibert (1898/2012), *Avec Bonaparte en Italie et en Égypte*, Moncrabeau, Laville.
- DUMAS Alexandre (1863), *Mes mémoires*, Tome I, Paris, M. Lévy.
- GAMA Jean-Pierre (1841), *Esquisse historique du service de santé militaire en général, et spécialement du service chirurgical depuis l'établissement des hôpitaux militaires en France*, Paris, Baillière.
- GRANDIN François (1839), *Souvenirs historiques du capitaine Kretthy, Ancien Trompette-Major des guides d'Italie, d'Égypte et des chasseurs à cheval de la garde impériale, etc. Devant fournir quelques documents importants aux Écrivains qui feront l'Histoire du midi pendant les Cent-Jours*, Tome 1, Paris, Berlandier.
- GUYTON-MORVEAU Louis-Bernard (1773), *Nouveau moyen de purifier absolument et en très-peu de temps une masse d'air infectée*, Dijon, s.l.
- LANCISI Giovanni Maria (1717), *De noxiis paludum effluviis*, Rome, Salvioni.
- LARREY Dominique-Jean (1812), *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes de D. J. Larrey*, 4 volumes, Paris.
- LE COINTE Jourdan (1790), *La santé de Mars ou moyens de conserver la santé des troupes, en temps de paix ; d'en fortifier la vigueur et le courage en temps de guerre ; d'assurer la salubrité des hôpitaux militaires ; et de produire un surcroît de population suffisant pour tenir complets tous les Régiments du Royaume*, Paris, Briand.
- LENTZ Thierry (éd.) (2004), *Correspondance Napoléon, Tome I. Les apprentissages (1784-1797)*, Paris, Fayard.
- SYDENHAM Thomas (1676), *Observationes medicae circa morborum acutorum historiam et curationem*, Londres, G. Kettlby.
- TISSOT Samuel Auguste (1763), *Avis au peuple sur sa santé*, Lyon, Bruyset & Duplain. Édition utilisée : Paris, Quai Voltaire Histoire, 1993, avec une présentation de Daniel Teyssere & Corinne Verry-Jolivet.
- VIGO-ROUSSILLON François (1881), *Journal de Campagne (1793-1837)*, Paris, France-Empire.

Littérature secondaire

- AMIOT Yves (1998), *La fureur de vaincre. Campagne d'Italie (1796-1797)*, Paris, Flammarion.
- BARILLÉ Claire (2010), « L'hôpital à Paris dans les quartiers populaires » dans Elisabeth BELMAS & Serenella NONNIS-VIGILANTE (éds.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 209-218.
- BARLES Sabine (1999), *La ville délétère*, Seyssel, Champs Vallon.
- BARRET Frank (2000), *Disease & Geography. The History of an Idea*, Toronto, Geographical Monographs.
- BERLIVET Luc (2010), « Médicalisation », *Genèses*, vol. 82, n° 1, p. 2-6.
- BLOCH Camille (1908), *L'assistance et l'État en France à la veille de la Révolution, 1764-1790*, Paris, Alphonse Picard.
- BONAH Christian & FILLIQUET Pierre (2016), « Ouverture », dans Christian BONAH & Pierre FILLIQUET (éds.), *Silence hôpital. Regards sur la vie d'un centre hospitalo-universitaire au XX^e siècle*, Strasbourg, MESASO.
- BOUAN Gérard (2011), *La première campagne d'Italie, 2 avril 1796 - 10 décembre 1797*, Paris, Economica.
- BOYCOTT-BROWN Martin (2001), *The Road to Rivoli: Napoleon's First Campaign*, New York, Sterling Publishing Co.
- BRICE Marie Raoul & BOTTET Maurice (1907), *Le corps de santé militaire en France : son évolution, ses campagnes (1708-1882)*, Paris, Berger-Levrault.
- CABANES Augustin (1918), *Chirurgiens et blessés à travers l'histoire. Des origines à la Croix-Rouge*, Paris, Albin Michel.
- CANDELA Gilles (2011), *L'armée d'Italie. Des missionnaires armés à la naissance de la guerre napoléonienne*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- CARNEVALE Diego (2012), « La morte del soldato. Ospedali, pensioni di guerra e funerali di Stato nel Decennio francese », dans Renata DE LORENZO (éd.), *Ordine e disordine. Amministrazione e mondo militare nel Decennio Francese*, Naples, Giannini Editore, p. 409-427.
- CHAKRABARTI Pratik (2013), *Medicine and Empire. 1600-1960*, Londres, Palgrave Macmillan.
- CHANET Jean-François, FREDJ Claire & RASMUSSEN Anne (éds.) (2016), *Le mouvement social*, vol. 257 (La santé des soldats entre guerre et paix, 1830-1930).
- CHAPPEY Jean-Luc (2009), « Idéologie et perspectives européennes de l'idée républicaine sous le Directoire : enjeux politiques et scientifiques de la diffusion des théories médicales de John Brown en Europe (vers 1780-

- vers 1820), dans Pierre SERNA (éd.), *Républiques sœurs. Le Directoire et la Révolution atlantique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 185-203.
- CHARTERS Erica (2014), *Disease, War, and the Imperial State: The Welfare of the British Armed Forces during the Seven Year's War*, Chicago, University of Chicago Press.
- CHARTERS Erica (2015), « L'histoire de la quantification : la guerre franco-anglaise et le développement des statistiques médicales », *Dix-huitième siècle*, vol. 47, n° 1, p. 21-38.
- CHAUVEAU Sophie (2012), « Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 33, p. 81-89.
- CHEUNG Tobias (2010), « *Omnis Fibra Ex Fibra*. Economies in Bonnet's and Diderot's Models of Organic Order », *Early Science and Medicine*, vol. 15, n° 1/2, p. 66-104.
- CORBIN Alain (1982), *Le miasme et la jonquille*, Paris, Aubier.
- COSTE Joël (2010), « Les registres hospitaliers d'admission, des sources pour l'épidémiologie historique de l'époque moderne. Leçons tirées de l'étude du registre de l'Hôtel royal des invalides (1670-1791) », dans Elisabeth BELMAS & Serenella NONNIS-VIGILANTE (éds.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 35-50.
- COSTE Joël & BELMAS Élisabeth (2018), *Les soldats du Roi à l'Hôtel des Invalides. Étude d'épidémiologie historique (1670-1791)*, Paris, CNRS Éditions.
- COUZINET Marie-Dominique & STASZAK Jean-François (1998), « À quoi sert la "théorie des climats" ? Éléments d'une histoire du déterminisme environnemental », *Corpus*, vol. 34, p. 9-45.
- DAIMARU Ken (2019), « Préserver la santé des masses. Expertises médicales et naissance de l'armée impériale japonaise, 1853-1894 », *Histoire, médecine et santé*, vol. 15, p. 67-85.
- DEL DUCA Laetitia (2014), *Le service de Santé des Armées pendant la première campagne d'Italie (1796-1797) : fonctionnement, pratique et technique*, Mémoire de master, Paris 1.
- DEVOTI Chiara (2010), « Règlements et projets : sources et dessins pour les hôpitaux mauriciens (XVIII^e-XIX^e siècles) », dans Elisabeth BELMAS & Serenella NONNIS-VIGILANTE (éds.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 221-238.
- DORON Claude-Olivier (2016), *L'homme altéré : races et dégénérescence (XVII^e-XIX^e siècles)*, Ceyzérieu, Champ Vallon.

- EDROM Julien (2018), « Les topographies médicales en révolution. Une dynamique des stéréotypes entre science et politique », *Hypothèses*, vol. 21, n° 1, p. 115-125.
- ERMAKOFF Antoine (2014), « Trier, soigner, administrer. Savoirs et pratiques du conseil général des hospices civils de Paris (1801-1848) », *Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 6, p. 27-46.
- FABRE Albert (1984), *Histoire de la médecine aux armées, Tome 2. De la Révolution française au conflit mondial de 1914*, Paris/Limoges, Charles Lavauzelle.
- FAURE Olivier (1990), « The Social History of Health in France: A Survey of Recent Developments », *Social Study of Medicine*, vol. 3, n° 3, p. 437-451.
- FAURE Olivier (2020), *Contre les déserts médicaux. Les officiers de santé en France dans le premier XIX^e siècle*, Tours, Presses universitaires François-Rabelais.
- FORTIN Sylvie & KNOTOVA Michaela (2013), « Présentation - Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, p. 9-24.
- FOUCAULT Michel, BARRET-KRIEGEL Blandine, THALAMY Anne, BÉGUIN François & FORTIER Bruno (1976), *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Institut de l'environnement.
- FOUCAULT Michel (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France.
- FREDJ Claire (2010), « Un aperçu de la relation médecin-patient dans l'armée française sous le Second Empire : l'exemple des expéditions lointaines », dans Elisabeth BELMAS & Serenella NONNIS-VIGILANTE (éds.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 87-111.
- FREIDSON Eliot (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GALLOT-LAVALLÉE Pierre (1913), *Jean Colombier. Rapporteur du Conseil de santé des hôpitaux militaires. Inspecteur Général des Hôpitaux et Prisons du Royaume (1736-1789)*, Paris, Jouve.
- GARRIDO Ruy J. Henríquez (2019), « The Ontological Concept of Disease and the Clinical Empiricism of Thomas Sydenham », *Kairos. Journal of Philosophy & Science*, vol. 22, n° 1, p. 161-178.
- GAULOT Paul (1910), *Les Pâques véronaises*, Paris, Ollendorff.
- GOFFMAN Erving & CASTEL Robert (trad.) (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GOUBERT Jean-Pierre (éd.) (1982), *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo, Historical Reflections.

- GRMEK Mirko (1997), « Le concept de maladie », dans Mirko GRMEK (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident, Tome 2. De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil (2^e édition), p. 157-176.
- GUILLERMAND Jean & FABRE Albert (1982), *Histoire de la médecine aux armées*, Paris/Limoges, Charles-Lavauzelle.
- HERRICK Clare (2017), « When Places Come First: Suffering, Archetypal Space and the Problematic Production of Global Health », *Transactions of the Institute of British Geographers*, vol. 42, n° 4, p. 530-43.
- HIPPOCRATE, *Œuvres, Tome 2. Airs, eaux, lieux*, Paris, Belles Lettres, 1996.
- HODGES Sarah (2017), « Hospitals As Factories of Medical Garbage », *Anthropology & Medicine*, vol. 24, n° 3, p. 319-333.
- HOUDARD L. (1939), « Le service de santé à l'armée d'Italie sous le commandement de Bonaparte », *Revue du Service de Santé militaire*, vol. 110, n° 5, p. 799-841.
- HUDON Philippe (1994), « Les soldats vénériens pendant la Révolution et le premier Empire. Les défis de la médicalisation », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, vol. 12, p. 13-31.
- IMBERT Jean (éd.) (1982), *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat.
- ISHIZUKA Hisao (2012), « “Fibre Body”: The Concept of Fibre in Eighteenth-century Medicine, c. 1799-1740 », *Medical History*, vol. 56, n° 4, p. 562-584.
- JACOB Christian (2007), *Lieux de savoir, Tome 1. Espaces et communautés*, Paris, Albin Michel.
- JACOB Christian (2011), *Lieux de savoir, Tome 2. Les mains de l'intellect*, Paris, Albin Michel.
- JACOB Christian (2014), *Qu'est-ce qu'un lieu de savoir ?*, Marseille, OpenEdition Press.
- JANKOVIC Vladimir (2010), *Confronting the Climate. British Airs and the Making of Environmental Medicine*, New York, Palgrave MacMillan.
- JONES Lori (2016), « The Diseased Landscape: Medieval and Early Modern Plaguescapes », *Landscapes*, vol. 17, n° 2, p. 108-123.
- KEEL Othmar (2001), *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*, Montréal, Presses universitaires de Montréal.
- KEHR Janina & CHABROL Fanny (2018), *Anthropologie & Santé*, vol. 16 (L'hôpital).
- KENNAWAY James & KNOEFF Rina (éds.) (2020), *Lifestyle and Medicine in the Enlightenment: The Six Non-Naturals in the Long Eighteenth-Century*, Londres, Routledge.
- LABRUDE Pierre (2009), « Jean Colombier (Toul 1736 - Paris 1789), médecin, chirurgien et hygiéniste, inspecteur des hôpitaux et

- réformateur du Service de santé militaire », *Études Toulousaises*, vol. 132, p. 28-31.
- LACHENAL Guillaume (2017), *Le médecin qui voulut être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale*, Paris, Seuil.
- LATOUR Bruno & WOOLGAR Steve (1986), *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, Princeton, Princeton University Press.
- LÉONARD Jacques (1981), *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier-Montaigne.
- LE ROUX Thomas (2016), « Du bienfait des acides. Guyton de Morveau et le grand basculement de l'expertise sanitaire et environnementale (1773-1809) », *Annales historiques de la Révolution française*, vol. 383, n° 1, p. 152-176.
- LIVINGSTONE David (2003), *Putting Science in Its Place: Geographies of Scientific Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- LINTE Guillaume (2019), *Médecine et santé des voyageurs transocéaniques français à l'époque moderne (XVI^e-XVIII^e siècle)*, Thèse de doctorat, Université Paris-Est.
- LLOYD Henry Martin (éd.) (2013), *The Discourse of Sensibility. The Knowing Body in the Enlightenment*, New York, Springer.
- LOCHER Fabien & FRESSOZ Jean-Baptiste (2010), « Le climat fragile de la modernité. Petite histoire climatique de la réflexivité environnementale », *La vie des idées*, En ligne <https://laviedesidees.fr/Le-climat-fragile-de-la-modernite.html>
- MAJORI Giancarlo (2012), « Short History of Malaria and Its Eradication in Italy With Short Notes on the Fight Against the Infection in the Mediterranean Basin », *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, vol. 4, n° 1, doi : 10,408 4/MJHID.2012.016
- MANDRESSI Rafael (2003), *Le regard de l'anatomiste. Dissection et invention du corps en Occident*, Paris, Seuil.
- MESSINA Annalucia (1991), *Il soldato in ospedale : i servizi di sanità dell'esercito italico (1796-1814)*, Milan, Angeli.
- MILLIOT Vincent (2007), « Histoire des polices : l'ouverture d'un moment historiographique », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 52, n° 2, p. 162-177.
- MOLLARET Henri (1997), « Les grands fléaux », dans Mirko GRMEK (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident, Tome 2. De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil (2^e édition), p. 253-278.
- MOUSSY Hugues (2004), *Les topographies médicales françaises des années 1770 aux années 1880 : essai d'interprétation d'un genre médical*, Thèse de doctorat, Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

- NAPOLI Paolo (2003), *Naissance de la police moderne. Pouvoir, normes, société*, Paris, La Découverte.
- NOBI Pierre (2016), « Officiers de santé et soignantes créoles face à la fièvre jaune. Co-construction de savoirs médicaux dans le cadre de l'expédition de Saint-Domingue (1802-1803) », *Histoire, Médecine et Santé*, vol. 10, p. 45-61.
- NONNIS-VIGILANTE Serenella (2010), « Les sources de la plainte : pour une histoire des rapports médecins-malades en France au XIX^e-XX^e siècles », dans Élisabeth BELMAS & Serenella NONNIS-VIGILANTE (éds.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 239-260.
- PARKER Robert (1983), *Miasma: Pollution and Purification in Early Greek Religion*, Oxford, Clarendon Press.
- PERROT Jean-Claude (1975), *Genèse d'une ville moderne, Caen au XVIII^e siècle*, Tome 2, Paris/La Haye, Mouton.
- PETER Jean-Pierre (1967), « Une enquête de la Société royale de médecine (1774-1794), malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle », *Annales, Économies et Civilisations*, vol. 4, p. 711-751.
- RAJ Kapil (2007), *Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe, 1650–1900*, Londres, Palgrave MacMillan.
- RASMUSSEN Anne (2016), « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, p. 71-91.
- RASMUSSEN Anne (2019), « Nouvelles questions à l'histoire de la santé, du XXI^e au XIX^e siècle, et retour », *Histoire, médecine et santé*, vol. 15, p. 21-28.
- RISSE Guenter (1971), « The Quest for Certainty in Medicine. John Brown's System of Medicine in France », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 45, n^o 1, p. 1-12.
- SELLERS Christopher (2018), « To Place of Not to Place: Toward an Environmental History of Modern Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 92, n^o 1, p. 1-45.
- SCHAFFER Simon (1997), « Metrology, Metrication, and Victorian Values », dans Bernard LIGHTMAN (éd.) *Victorian Science in Context*, Chicago, University of Chicago Press, p. 438-474.
- SETH Suman (2009), « Putting Knowledge in Its Place: Science, Colonialism, and the Postcolonial », *Postcolonial Studies*, vol. 12, n^o 4, p. 373-388.
- SIRAISS Nancy (1990), *Medieval and Early Renaissance Medicine: An Introduction to Knowledge and Practice*, Chicago, The University of Chicago Press.

- SNOWDEN Franck (2006), *The Conquest of Malaria: Italy, 1900-1960*, New Heaven, Yale University Press.
- SPARY Emma (2000), *Utopia's Garden. French Natural History from Old Regime to Revolution*, Chicago, University of Chicago Press.
- STOLER Ann Laura (2008), *Along the Archival Grain: Epistemic Anxieties and Colonial Common Sense*, Princeton, Princeton University Press.
- STREET Alice & COLEMAN Simon (2012), « Introduction Real and Imagined Spaces », *Space and Culture*, vol. 15, p. 4-17.
- TAYLAN Ferhat (2018), *Mésopolitique. Connaître, théoriser et gouverner les milieux de vie (1750-1900)*, Paris, Éditions de la Sorbonne.
- VAN DER GEEST Sjaak & FINKLER Kaja (2004), « Hospital Ethnography: Introduction », *Social Science & Medicine*, vol. 59, p. 1995-2001.
- VIGARELLO Georges (1993), *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil. Édition utilisée : 1999.
- WEAR Andrew (2008), « Place, Health, and Disease: *The Airs, Waters, Places* Tradition in Early Modern England and North America », *Journal of Medieval and Early Modern Studies*, vol. 38, n° 3, p. 443-465.
- WENZEL GEISSLER Paul & KELLY Ann (2016), « A Home for Science. The Life and times of Tropical and Polar Field Stations », *Social Studies of Science*, vol. 46, n° 6, p. 797-808.
- ZAUGG Roberto (2016), « Guerre, maladie, empire. Les services de santé militaires en situation coloniale pendant le long XIX^e siècle », *Histoire, médecine et santé*, vol. 10, p. 9-16.
- ZAUGG Roberto & GRAF Andrea (2016), « Guerres napoléoniennes, savoirs médicaux, anthropologie raciale », *Histoire, médecine et santé*, vol. 10, p. 17-43.