



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE
159231

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2002

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 28



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aline WAGNER

Le 6 mai 2002

RECHERCHES ET HYPOTHESES
SUR LES CAUSES DU DECES D'EMILE GALLE

Examineurs de la thèse :

Monsieur G. GRIGNON	Professeur	Président
Monsieur P. LEDERLIN	Professeur	} Juges
Monsieur J.D. de KORWIN KROKOWSKI	Professeur	
Monsieur F. LE TACON	Docteur ès sciences	





THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aline WAGNER

Le 6 mai 2002

RECHERCHES ET HYPOTHESES SUR LES CAUSES DU DECES D'EMILE GALLE

Examineurs de la thèse :

Monsieur G. GRIGNON	Professeur	Président
Monsieur P. LEDERLIN	Professeur	} Juges
Monsieur J.D. de KORWIN KROKOWSKI	Professeur	
Monsieur F. LE TACON	Docteur ès sciences	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – François STREIFF – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS

Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Paul VERT – Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétiq

ue)
Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BÜNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. GRIGNON

Professeur Emérite d'Histologie, Embryologie, Cytogénétique

Doyen Honoraire de la Faculté B de Médecine

Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous nous avez fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

*Vous avez été lors de notre cursus, un
de nos premiers enseignants ; nous
avons pu bénéficier de la richesse de
vos connaissances et apprécier vos
qualités pédagogiques.*

*Veillez trouver ici le témoignage de
notre vive reconnaissance et de notre
profond respect.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur P. LEDERLIN
Professeur de Médecine Interne

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Vous avez contribué à notre formation lors de notre passage dans votre service, où vous nous avez accueillie, alors jeune externe. Vous avez su nous apprendre la valeur d'un examen clinique ainsi que l'importance du raisonnement méthodique, en particulier lors de vos enseignements du samedi matin.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de nos remerciements les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur J.D. de KORWIN KROKOWSKI
Professeur de Médecine Interne

Recevez ici notre reconnaissance la plus vive pour avoir accepté de juger cette thèse.

Interne dans votre service, nous avons pu apprécier votre dynamisme, votre enthousiasme et vos qualités humaines.

Veillez trouver ici nos profonds remerciements et le témoignage de l'estime que nous vous portons.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur ès sciences F. LE TACON

Tout au long de l'élaboration de cette thèse, vous avez su nous guider par votre grande connaissance d'Emile Gallé et nous avez fait partager vos documents, précieux pour notre travail.

Nous vous remercions vivement pour votre aide, votre disponibilité, votre accueil chaleureux.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

REMERCIEMENTS

A Madame Bourgogne.

A Messieurs B. PONTON et R. MOSSOVIC.

A Messieurs les Docteurs J.Y. HESSE et H. JEANMAIRE, pour leur accueil très chaleureux à l'Hôpital Jean Monnet d'Epinal, leur bienveillance et le partage de leur grande expérience en médecine.

A Monsieur le Docteur Y. GHEZZI.

A toute l'équipe du service de Médecine A de l'Hôpital Jean Monnet d'Epinal qui fait rimer au quotidien travail et joie de vivre.

A MES PARENTS

Merci d'être.

A DELPHINE et JULIE, mes filleules.

A toute ma famille, ceux présents et ceux qui ont trouvé le repos, car ils apportent le soutien des racines et des branches indispensables à ma vie. Je leur renouvelle mon affection.

Merci à Louissette et Jean,

pour leur présence tout au long de ces années d'études,

et à toute la famille Maddalin-André-Lozniewski, en particulier Renée et Alain pour leur amitié, leurs conseils et leur exemple.

A Gihane

A Marie-France

A Anne-Hélène, Valérie et Fabienne

A Sabine et Marielle

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE



I. INTRODUCTION	19
II. SILHOUETTE D'EMILE GALLE	21
III. ANALYSE DOCUMENTAIRE	32
IV. HISTOIRE DE LA MALADIE D'EMILE GALLE	45
V. CONNAISSANCES MEDICALES FIN 19 ^{EME} , DEBUT 20 ^{EME} SIECLE ET DIAGNOSTICS DES MEDECINS DE GALLE	56
VI. DISCUSSION D'HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES A LA LUMIERE DES CONNAISSANCES MEDICALES ACTUELLES	74
VII. CONCLUSION	100
BIBLIOGRAPHIE	103
ANNEXES	114
DOCUMENTS	123
TABLE DES MATIERES	130

« Travail est joie chez Gallé »

INTRODUCTION

C'est à la fin du 19^{ème} siècle que naît à Nancy un des plus beaux et significatifs mouvements d'art décoratif en France. Riche d'une pléiade d'artistes parmi lesquels peintres, dessinateurs, ébénistes, sculpteurs, verriers, architectes, l'intensité créatrice est alors telle qu'une véritable école de style Art Nouveau est créée : l'Ecole de Nancy.

L'initiateur véritable et principal n'en est autre qu'Emile Gallé : « homo triplex », selon son ami Roger Marx, artiste génial doublé d'un scientifique de valeur, industriel inspiré, patriote mais aussi lorrain avant tout, botaniste dans l'âme... C'est un homme aux multiples facettes et compétences dont le nom restera à jamais associé à celui de l'Ecole de Nancy.

Pourtant, Emile Gallé, en pleine possession de son art, décède prématurément le 23 septembre 1904 à l'âge de cinquante-huit ans. Surmenage, anémie, leucémie, ... tels sont les diagnostics prononcés.

Que sait-on réellement de la maladie d'Emile Gallé ? Quelles sont les connaissances médicales de l'époque ? Que penser des diagnostics émis par ses médecins ?

Nous avons souhaité étudier à la lumière des connaissances médicales actuelles la maladie à l'origine du décès d'Emile Gallé.

SILHOUETTE D'EMILE GALLE

Emile Gallé naît à Nancy le 4 mai 1846, fils de Charles Louis Edouard (1818-1902) et Fanny Reinemer (1825-1891). Son père est originaire de Clermont-sur-Oise, sa profession de peintre sur porcelaine et de voyageur de commerce l'incite au déplacement ; c'est ainsi qu'il fait la connaissance de Fanny, fille de Marguerite Oster. Celle-ci, alors veuve de Martin Reinemer, tient un magasin de porcelaine et cristaux, 1 rue de la Faïencerie à Nancy. Emile est baptisé le 26 mai 1846 au temple protestant.

Sous la coupe de son grand-père paternel Anne Charles François Gallé, il s'intéresse très jeune à la nature, tout autant épaulé par sa mère, rousseauiste d'éducation. Par toute sa famille, Emile Gallé est élevé dans l'amour de la nature, de l'histoire et de la patrie, ainsi que par sa préceptrice Virginie Mauvais (1797-1892), grande figure nancéienne de l'éducation tant par ses ouvrages scolaires que par sa fonction d'Inspectrice des Ecoles Municipales. A partir de 1857, il fréquente le Lycée Impérial de Nancy de la sixième à la seconde : sa formation est plutôt littéraire bien que les sciences et les arts ne soient pas négligés. Il obtient de nombreux prix et accessits mais, ceci est surprenant, aucun en dessin. Enfin ce sont les deux années de rhétorique (1862-1864) et la classe de philosophie (1864-1865). Il est reçu au baccalauréat ès-lettres en 1864.

L'avenir est tracé pour Emile Gallé qui reprendra le magasin de sa grand-mère, enseigne Gallé depuis 1854 et tenu par son père. Celui-ci l'envoie

séjourner à Weimar (Grand-duché de Saxe) de 1865 à 1867 ; c'est là qu'il se perfectionne en minéralogie, en botanique et en philosophie, peut-être également en dessin et modelage. C'est là encore qu'il découvre la musique de Richard Wagner et l'esprit omniprésent de l'œuvre de Goethe. Notons qu'il profite de ce séjour pour visiter les cristalleries de Bohême. Mais ce n'est pas son premier contact avec le verre et le cristal : il s'est probablement rendu dès l'enfance avec ses parents chez le maître-verrier Burgun à Meisenthal en Moselle, où sont alors produites, pour le magasin de Nancy, les commandes de verreries avec les ornements choisis par Charles Gallé.

Au cours de la guerre de 1870 – 1871 contre l'Allemagne, Emile Gallé revêt l'uniforme du 23^{ème} Régiment d'Infanterie. Nous connaissons l'issue de cette guerre, le traité de Francfort du 10 mai 1871 imposant l'annexion de l'Alsace et de la Moselle. Les liaisons avec Meisenthal sont de ce fait plus difficiles, mais les affaires se poursuivent malgré toutes les complications dues à l'existence d'une frontière.

Démobilisé, Emile Gallé parfait, sur les conseils et sous l'impulsion de son père, sa formation que nous appellerions aujourd'hui commerciale, c'est-à-dire apprendre le contact avec la clientèle, savoir vendre des services de vaisselle ou des pièces de verrerie, déceler les goûts des clients, suivre l'évolution des modes et nouer des relations tant avec les artistes, qu'ils soient collaborateurs ou concurrents, qu'avec les critiques. C'est ainsi qu'en 1871, à l'occasion de l'Exposition Internationale de Londres, il représente son père,

ailleurs de ce séjour pour approfondir ses connaissances botaniques sur le sol anglais.

En 1873 la famille Gallé s'installe dans la propriété de l'avenue de la Garenne et en 1874 Charles Gallé confie à son fils la production et la direction artistique des ateliers de décor sur céramique et verrerie. Emile Gallé réalise alors de fréquents voyages à Meisenthal pour diriger l'exécution de certaines commandes. Avec l'aide de Burgun, il approfondit sa connaissance du verre. Cependant, il se consacre essentiellement encore à la faïencerie qui reste prédominante jusqu'en 1882 et lui permettra de participer à l'Exposition Universelle de Paris en 1878. Là, il expose également des verreries gravées ou émaillées d'inspiration japonaise, islamique ou 18^{ème} siècle français.

Emile Gallé épouse le 4 avril 1875 Henriette Grimm (1848-1914), fille du pasteur Daniel Grimm de Bischwiller (Bas-Rhin) ; de cette union naîtront quatre filles : Thérèse, Lucile, Claude et Geneviève.

L'année 1877 est une année d'évènements et de changement. Il crée avec Victor Lemoine, Léon Simon et François-Félix Crousse, la Société Centrale d'Horticulture de Nancy, y est élu secrétaire-général, réalise ses premières publications de botanique dans le *Bulletin de la Société Centrale d'Horticulture de Nancy* ; c'est également l'année de sa nomination comme membre de la commission de surveillance du Jardin Botanique de Nancy, ce qui rend compte de l'étendue de ses connaissances en botanique, car il est alors âgé de 31 ans seulement. L'année 1877 est aussi l'occasion d'herboriser au cours d'un voyage

dans les Alpes suisses et italiennes, satisfaisant ainsi son « universelle curiosité » [DUN] et le besoin constant de communion avec la Nature. Mais bien plus important en cette année est le changement dans la direction de la maison Gallé qui voit en effet Emile prendre les rênes de l'entreprise paternelle.

Charles Gallé avait participé aux Expositions Universelles de Paris en 1855 et 1867 ainsi qu'à celles de Metz et Lyon respectivement en 1861 et 1871. A l'Exposition Universelle de Paris, en 1878, les Gallé obtiennent, outre deux médailles d'argent et bronze dans le domaine de la céramique, une médaille de bronze dans la classe « Cristaux, Verrerie et Vitraux ». Dès lors, la production d'œuvres de verre, tant à un niveau artistique que pour les séries, va prendre une place prépondérante dans l'entreprise familiale. D'autant que les relations avec les producteurs de céramique se détériorent : l'année 1876 voit la rupture avec Saint-Clément de Lunéville, en 1880 c'est un procès contre Claire-Fontaine (Haute-Saône); seule la faïencerie de Raon-l'Etape d'Adelphe Muller sera partenaire constant de 1875 à 1898, moment de sa fermeture lors du retrait des affaires de ce dernier. En 1900 à l'Exposition Universelle de Paris, Gallé ne concourt plus dans la classe céramique. Le verre est donc peu à peu sur l'avant-scène. Le nom de Gallé, nouveau dans ce domaine, s'impose rapidement comme l'un des plus réputés devant la variété des modèles, l'utilisation de méthodes de décoration complexes et variées, les progrès inventifs dans la coloration du verre et les initiatives originales, fruits des efforts entrepris par Gallé et concrétisés à Meisenthal. De la confection des moules à la recherche du perfectionnement de

la matière, des techniques d'exécution à l'impressionnant éventail de modèles, ou de la complexité à la qualité des divers décors, toute cette expérience est désormais à la disposition de l'ingéniosité créatrice de Gallé. Suivent les œuvres de verre que nous connaissons...

Son intérêt pour le bois et surtout la volonté de concevoir des écrins dignes de ses verreries motivent la création d'un atelier de meubles qui sera installé sur un terrain acheté en 1884, avenue de la Garenne à Nancy. Le premier pas est franchi vers l'installation d'autres ateliers, principalement ceux pour la fabrication des verreries. En effet, la réalisation des œuvres à la verrerie Burgun de Meisenthal, reprise par le fils mais passée sous le contrôle d'un banquier messin [REU], nécessite pour sa direction de nombreux courriers et voyages, ce qui est de plus en plus difficile et contraignant. C'est donc fin 1893 que commence la construction d'un four à Nancy, au 27 avenue de la Garenne. Celui-ci sera mis à feu le 29 mai 1894 [LE T2,LE T3].

Entre-temps, Emile Gallé a exposé pour la première fois dans les trois techniques terre, verre et bois à Limoges lors de l'Exposition des Sciences et Arts Appliqués à l'industrie de 1886, puis à l'Exposition Universelle de Paris en 1889.

Jusqu'à la fin de sa vie, Emile Gallé, scientifique de valeur, ne cessera de chercher de nouvelles façons d'appriivoiser et de réinventer le verre. Roger Marx [MAR2] décrit bien l'évolution des différentes techniques qui seront appliquées par Gallé. En particulier, celui-ci utilise l'association de plusieurs couches de

verre complétées, selon les besoins artistiques, par diverses inclusions : oxydes, paillons d'or, de platine, matières colorantes... Emile Gallé dépose plusieurs brevets parmi lesquels la technique de marqueterie sur verre en 1898 et celle de patine sur verre. Des techniques complexes qui seraient vaines si elles n'étaient utilisées aux fins d'une imagination sans cesse débordante et régénérée par l'observation aimante de la Nature éphémère ainsi transcendée dans l'immortalité du verre.

De 1894 à 1904, la quantité et la qualité des œuvres de verre d'Emile Gallé vont s'accroître. A côté des « séries » concrétisant l'idée de « l'Art pour tous » [CHAR5] mais créées aussi pour assurer une rentrée financière minimale à l'entreprise familiale, il existe les « riches » et les « verreries d'art ». Emile Gallé est sollicité également pour la réalisation d'œuvres symboliques exceptionnelles tel le vase Pasteur [DOCUMENT2,3], offert à l'occasion des soixante-dix ans du savant par les élèves et professeurs de l'Ecole Nationale Supérieure.

Les Expositions Universelles, véritables Jeux Olympiques artistiques, seront les lieux privilégiés de l'expression la plus haute de sa capacité d'invention ainsi que de son souci incessant d'innovation et qualité. Laissons parler Jules Henrivaux, son ami de Saint Gobain [HEN2] :

« c'est Emile Gallé, le maître vraiment génial de Nancy qui personnifie et résume les extraordinaires progrès accomplis par la verrerie d'art en ces dernières années. [...] Ce magicien du feu, toujours en progrès sur lui-même et dévoré du souci d'accroître sans cesse ses moyens d'expression [...] Entre tous ces verriers, de talents divers, se distingue Monsieur Emile Gallé, le maître de Nancy, véritable chef d'école, qui surtout depuis

l'année 1884 n'a pas cessé de faire preuve d'une fertilité incroyable d'invention, se surpassant toujours lui-même par les tours de force du praticien qui égale en lui le poète. »

Bien sûr, l'œuvre de verre est la plus conséquente et la plus admirable, mais il ne faut pas négliger le travail de menuiserie-ébénisterie de Gallé. Comment ne pas citer par exemple la somptueuse table *Flore de Lorraine* réalisée en moins de trois semaines ? Destinée à supporter le Livre d'Or offert par la Lorraine à l'Escadre Russe en visite, elle rejoint ainsi les présents de la région participant à l'effort national en vue d'un rapprochement franco-russe dans le contexte de la Triple Entente (France – Russie – Grande Bretagne) opposée à la Triplice (Allemagne – Italie – Autriche). Notons que, selon Françoise-Thérèse Charpentier¹, qui tient ses informations des filles mêmes de Gallé, celui-ci aurait commencé à être malade à la suite du travail très intense occasionné par la réalisation de cette œuvre.

Roger Marx a surnommé son ami Gallé d'« homo triplex » [MAR4], en référence à ses trois domaines d'activité : céramique, bois et verre. Mais Emile Gallé est bien plus qu'un industriel de l'art ou qu'un artiste ; il s'agit d'un réel scientifique comme l'a démontré Monsieur Le Tacon dans son ouvrage [LE T1]. Les compositions des différents types de verre par exemple, n'ont pu voir le jour qu'à la suite de la réalisation par Gallé de travaux pouvant être comparés à des recherches de chimie. Il a également fait preuve d'une rigueur scientifique exemplaire dans le domaine de la botanique, principalement au travers de ses

¹ Conservateur honoraire du Musée de l'Ecole de Nancy

études sur les orchidées lorraines, les anomalies dans les gentianées, les genres *Catalpa* et *Digitalis Purpurea*, pour ne citer que celles-ci ; une rigueur scientifique que nous constatons également tout au long du travail très avant-gardiste étudiant la variabilité et le polymorphisme des espèces du monde végétal en lien avec leur évolution. A ce propos Emile Gallé, fervent partisan de Darwin, est passionné par l'évolution de l'homme. Pour affirmer et reconnaître encore plus ses connaissances et capacités scientifiques, notons que durant toute sa vie, Gallé ne cessera d'avoir des liens épistolaires avec de nombreux savants, qu'ils soient français ou étrangers.

Son immense culture n'est pas que scientifique, elle est riche grâce à l'avidité insatiable d'une intelligence passionnée par les hommes et l'histoire de son temps. Ainsi, il entretient de nombreuses relations avec des personnalités du monde littéraire comme les Goncourt, ou politique comme Maurice Barrès.

En 1900, il est reçu à l'Académie de Stanislas. Sa participation à l'Exposition Universelle est de nouveau primée par des Grands Prix ; ses collaborateurs sont eux aussi récompensés. Cette dernière Exposition a stimulé une fois de plus son génie et l'a contraint à se dépasser, mobilisant toute son énergie ; en perfectionniste qu'il est, il travaille sans relâche, inlassablement.

C'est surtout à partir de cette année 1900 que sa santé va se dégrader. Initialement le surmenage est incriminé, le repos conseillé par les médecins ainsi que des cures qui doivent améliorer son état. En réalité, les prescriptions ne sont pas suivies. Gallé ne cesse de diriger son entreprise, d'écrire, d'entreprendre des

recherches dans tous ses domaines de prédilection. Même en cure à Plombières ou à Bussang, il continue d'agir. Son art et son entreprise passent avant sa propre personne, d'autant que l'Exposition Universelle n'a pas fait bénéficier l'entreprise du regain de commandes attendu et que les soucis financiers sont présents. Devant l'inefficacité des thérapeutiques, plusieurs médecins sont consultés dont les Professeurs Weiss et Bernheim. De nouvelles cures dans les Vosges puis à la Clinique du Docteur Grechen à Luxembourg, sont effectuées. Au surmenage, à la neurasthénie, se substitue bientôt la notion d'anémie.

Alors au sommet de son art, Gallé, sentant ses forces s'affaiblir, crée l'Ecole de Nancy (Alliance Provinciale des Industries d'Art) en 1901.

Les cures de repos s'enchaînent sans bénéfice franc ou prolongé. Lui-même ne dit-il pas dans ses lettres à son ami Roger Marx [CHAR1], le 19 mars 1902 :

« La vérité vraie c'est que je donne des inquiétudes à tout mon entourage. Je n'ai plus un instant de repos. Sans ce travail, je serais parti avant la fin de février sur ordre pressant du médecin. Je suis sans forces. La moindre lettre à écrire me cause des tortures et me prive de sommeil. On me presse de partir pour plusieurs mois, ... ».

Ou encore le 22 mai(?) 1902 :

« Moi je me ratatine de plus en plus comme la chrysalide malade qui ne sera pas papillon ».

Mais l'espoir est encore là :

« Dès que je serai remis, dans quelques mois, ... ».

Son état de santé continue de s'aggraver malgré l'extraordinaire envie de survivre. Une amélioration sensible s'est produite après les premières cures à

Luxembourg, au cours de l'hiver 1902-1903. Mais de retour à Nancy, il reprend la direction et le travail sans se ménager, si bien qu'un nouveau séjour à Luxembourg doit être réalisé. Le début de l'été 1903 voit une légère rémission avant une énième aggravation. Nouvelle cure à Luxembourg suivie d'un léger répit au printemps 1904. Mais la marche inexorable de la maladie se poursuit vers une nouvelle dégradation, l'ultime. A la clinique du Docteur Feldegg à Berne, le diagnostic de leucémie sera prononcé.

Emile Gallé meurt le 23 septembre 1904 à Nancy.

ANALYSE DOCUMENTAIRE

A. OUVRAGES CONCERNANT EMILE GALLÉ

Nous avons réalisé une analyse de la bibliographie concernant Emile Gallé. Peu de références s'intéressent à la maladie responsable de son décès ; sa fatigue est par contre fréquemment citée et rapportée à ses excès de labeur. Dans les ouvrages où est évoquée sa maladie, ce sujet est bien souvent résumé soit dans l'évocation d'une anémie, soit dans une phrase isolée attribuant son décès à une leucémie. Ainsi Jules Henrivaux nous parle d'Emile Gallé travaillant encore « malgré l'anémie qui l'envahissait et l'anéantissait » [HEN1]. A la suite de son décès, des contemporains feront allusion à « une cruelle maladie, dont il souffrait depuis deux ans » [BSAE]. Quant à Le Monnier, considérant Emile Gallé surtout « victime de son ardeur au travail » [LE M], il apporte un élément supplémentaire témoignant du surmenage. Mais l'auteur qui évoque le plus fréquemment la maladie de Gallé et les causes de son décès, l'auteur qui est de source fiable puisqu'elle tient ses informations des filles mêmes de Gallé, cet auteur n'est autre que Françoise-Thérèse Charpentier. Si nous considérons ses écrits, nous relevons la description de certains des symptômes d'Emile Gallé :

- « en 1899, il a ressenti ces vertiges de fatigue, ... » [CHAR7]

- « il n'a conscience que de sa fatigue » [CHAR2]

- « Le 30 août ce qu'il interprète comme un malaise dû à quelque émanation d'acide fluorhydrique [...] doit avoir une cause bien plus grave. » [CHAR2]

et Françoise-Thérèse Charpentier cite Gallé lui-même écrivant :

- « je ne voyais plus ma plume, des taches brillantes papillotantes s'interposaient entre mes yeux et le papier » ; s'ensuit toute la journée un « très fort mal de tête ». [CHAR2]

- « se succèdent vertiges et nausées » [CHAR2].

Elle rapporte également [CHAR6] les propos d'Emile Gallé issus d'un brouillon de lettre inachevée datée du 19 mars 1902 et destinée à Fourcaud :

- « l'état affreux où je me trouve plongé ne m'a pas permis de répondre à votre lettre... »,

- « si vous voyiez mon visage dévasté, vous ne me reconnaîtriez pas ».

Toujours dans les mêmes ouvrages de Françoise-Thérèse Charpentier, nous notons les notions d'anémie, de leucémie et d'évolution défavorable entrecoupée d'améliorations brèves :

- « ...de la leucémie qui l'emportera en 1904 après de longs mois entrecoupés d'améliorations passagères » [CHAR7]

- « ...de tous ses nerfs tendus, il domine le mal ignoré sous son nom, la leucémie, mal bien connu à présent pour donner de brèves ou durables rémissions avant les aggravations irrémédiables » [CHAR2]

- « ...on croit toujours à l'anémie engendrant une 'neurasthénie profonde' » [CHAR2]

- « ...la maigreur, les malaises, la 'neurasthénie profonde', diagnostic des docteurs, n'avaient pas cessé de s'aggraver depuis 1900 » [CHAR2]

- « ...rémission à nouveau dans l'été 1903 » [CHAR2]

- « ...en mai [1904], c'est Baden-Baden avec sa femme puis la Suisse où l'on saura enfin nommer le mal inexorable : la leucémie » [CHAR2]

- « ...les effets de la leucémie qui devait l'emporter se faisaient déjà sentir en 1898 » [CHAR6] .

Enfin, sont cités les lieux de cure, noms de médecins, traitements entrepris ainsi que les relations entre Emile Gallé et ses médecins. Les lieux de soins sont

successivement Plombières, Bussang, Luxembourg, Baden-Baden, Berne.

Parmi les médecins citons : les Professeurs Weiss et Bernheim de Nancy, le Docteur Grechen de Luxembourg, les Docteurs Feldegg, Schnyder et Dubois de Berne .

Le repos préconisé au début de la maladie n'est pas suivi par Gallé qui n'applique pas les conseils de ses médecins :

- « l'amélioration est limitée d'autant que les prescriptions ne sont pas suivies. Ainsi, tout le travail intellectuel est interdit, or Gallé ne cesse de diriger et d'écrire » [CHAR2].

La bibliographie nous a paru insuffisamment contributive pour étayer des hypothèses concernant la maladie d'Emile Gallé. Nous nous sommes donc orienté vers la recherche d'autres documents.

B. RECHERCHE DE DOCUMENTS ORIGINAUX

Pour satisfaire à cette recherche il a fallu considérer trois points :

- Emile Gallé : ses écrits, sa correspondance peuvent-ils témoigner d'une symptomatologie, d'un diagnostic ou d'un traitement ?
- Existe-t-il des archives ou documents familiaux conservés ?
- Le problème de l'absence de dossier médical.

1) Le témoignage d'Emile Gallé lui-même

Il existe différents écrits d'Emile Gallé. La première catégorie correspond à ses nombreuses publications [GAL1], qu'elles concernent l'horticulture, l'art (céramique, verrerie, notices d'exposition), l'art industriel, ou bien les écrits en rapport avec des événements particuliers (discours de réception à l'Académie de Stanislas [GAL2]). Ensuite, nous pouvons mentionner ses notes et manuscrits inédits tels que les mots de voyage, d'herborisation, ses agendas personnels.

Si ces premières catégories d'écrits ne nous apportent aucun indice sur ses problèmes de santé, par contre sa correspondance se révèle enrichissante : malheureusement nous n'en disposons pas dans son ensemble (en particulier les courriers avec les membres de sa famille) mais nous avons pu consulter celle établie avec Roger Marx, l'ami le plus fidèle et le plus proche. Ce courrier a été

présenté et annoté par Françoise-Thérèse Charpentier [CHAR1]. Comme nous le verrons par la suite, les lettres adressées à Roger Marx nous permettent de connaître non seulement certains symptômes décrits de la main même de Gallé, mais également l'état général et l'évolution de la maladie de celui-ci.

2) Archives familiales et privées

A ce jour il n'existe pas d'éléments dans les archives de la famille d'Emile Gallé permettant d'émettre un diagnostic précis sur sa maladie. Espérons que l'avenir, pour le seul bénéfice de l'Histoire, découvrira de nouveaux documents au travers d'archives privées encore inconnues jusqu'à présent.

3) Dossier médical

Etablir une démarche diagnostique à l'aide d'un dossier médical clinico-biologique aurait été bien sûr plus aisé. Si la légende veut que Chunyu Yi (215 – 167 avant J.-C.) ait été le premier médecin, en l'occurrence chinois, à avoir créé au deuxième siècle avant Jésus-Christ des « dossiers médicaux » de ses patients [HOI], il n'y a malheureusement, à la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle en France, pas d'obligation à la création d'un dossier médical pour chaque

patient. Cette obligation ne surviendra que bien plus tard à la fin du 20^{ème} siècle, puisque c'est le décret du 6 septembre 1995 du nouveau Code de Déontologie qui précise dans l'article 45 : « le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ».

Aucun écrit médical sur la santé d'Emile Gallé n'a donc pu être retrouvé, que ce soit parmi les médecins qui l'ont suivi ou sur les lieux de soins où il s'est rendu.

C. MEDECINS ET LIEUX DE SOINS

Emile Gallé a consulté plusieurs médecins au cours de sa maladie. D'une part des médecins nancéiens, d'autre part des médecins étrangers dans des lieux de cure en dehors de France.

1) Les Professeurs Weiss et Bernheim à Nancy

a) Le Professeur Weiss

Emile Gallé, dans une lettre à Roger Marx datée du 03 novembre 1903, dit avoir eu « consultation de Weiss ». S'agit-il bien de Georges-Théodore Weiss (1851-1920), professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine

de Nancy de 1885 à 1898 qui devient à cette date titulaire par mutation de la chaire de clinique chirurgicale A [GRO] ? Pourquoi Gallé a-t-il consulté un chirurgien ? Car Weiss est bien chirurgien ainsi qu'en témoignent ses nombreuses publications dans *La Revue Médicale de l'Est* [WEISS1, WEISS2]. Il est vrai cependant qu'à cette époque l'expérience clinique des médecins est vaste et générale, ne pouvant être réduite en une simple spécialité. C'est peut-être pourquoi l'avis de Weiss a été sollicité.

b) Le Professeur Bernheim

Hippolyte Bernheim est originaire de Mulhouse où il est né en 1840. Il fait ses études de Médecine à Strasbourg [HIS] et y soutient sa thèse en 1867 sur la myocardite aiguë. Nommé professeur agrégé de clinique médicale en 1868, il arrive à Nancy lors du transfèrement de la Faculté de Médecine de Strasbourg en 1872, après que l'Alsace-Moselle ait été annexée au IIème Reich allemand. Bernheim, excellent clinicien, doué d'un esprit critique averti, est nommé professeur de la clinique médicale A en 1878 à la suite du Professeur Hirtz [CUV1]. En 1879, alors qu'un de ses patients guéri d'une sciatalgie par le Docteur Liébeault lui parle de celui-ci et de son magnétisme, Bernheim ne reste pas campé sur ses positions de scientifique ou d'universitaire et rend visite à Auguste-Ambroise Liébeault. Celui-ci, installé depuis 1864 à Nancy, exerce

depuis un certain temps l'hypnose et a publié en 1866 *Du sommeil et des états analogues, considérés au point de vue de l'activité du moral sur le physique*.

Bernheim, après cette entrevue, décide d'utiliser la méthode de l'hypnose dans sa pratique. C'est le début de l'Ecole de Nancy, l'école hypnologique dont nous connaissons l'évolution, sa rivalité avec Charcot et son rôle déterminant dans l'élaboration de la conception freudienne du psychisme.

Emile Gallé connaissait Bernheim [CHAR4]. « J'ai eu consultation de Bernheim et Weiss » [CHAR1], écrit-il à Roger Marx le 3 novembre 1903. Les filles de Gallé étaient amies de Gabrielle Bernheim, la nièce du professeur, également nièce de Roger Marx. Par ailleurs, Bernheim était proche voisin de Gallé [CHAR6].

Emile Gallé a donc consulté Bernheim et Weiss. Existe-t-il une trace de cette consultation ?

L'Hôpital Civil de Nancy (qui deviendra l'Hôpital Central) est ouvert dès octobre 1883 ; nous avons vu que Bernheim est nommé professeur en 1878 et Weiss en 1885.

Nous ne pensons pas qu' Emile Gallé ait été hospitalisé dans le service de Bernheim ou celui de Weiss. En effet, à la fin du 19^{ème} siècle, les patients d'un niveau social aisé étaient soignés à leur domicile ; les hospitalisations concernaient les malades civils ayant des situations matérielles moindres ; ainsi,

dans *L'Hôpital Central de 1883 à 1983* [VUI] nous retrouvons la hiérarchisation des malades civils en indigents, pensionnaires en salle et pensionnaires en chambre. D'ailleurs, la consultation des registres d'hospitalisation de 1899 à 1901 conservés aux Archives Départementales de Meurthe-et-Moselle [HOP], permet de constater l'absence du nom d'Emile Gallé.

Il n'y a par ailleurs aucun document écrit témoignant de consultations auprès de Bernheim ; pourtant celui-ci, très minutieux, écrivait lui-même ses observations. Le plus vraisemblable est que Gallé a consulté Bernheim à son domicile, selon les usages de la société à son époque.

2) Les cures vosgiennes

Emile Gallé réalisera de nombreuses cures de repos, principalement dans les Vosges, alors que le surmenage et la neurasthénie sont incriminés dans la dégradation de son état de santé.

A travers sa correspondance et les témoignages de ses contemporains, nous savons qu'il a fréquenté les villes thermales de Bussang et Plombières-les-Bains. Les séjours à Bussang ont lieu en 1888 ou 1889, en 1901 ou 1902 ; les cures à Plombières se déroulent au cours de l'année 1900.

A Bussang, Emile Gallé réside à l'Hôtel des Sources. Les eaux de Bussang connaissent surtout un essor sous le duc Léopold, bien qu'elles soient connues

avant le 17^{ème} siècle. Leurs bienfaits couvrent de nombreux domaines dont les indications urinaires. Aux 18^{ème} et 19^{ème} siècles, l'eau de Bussang est vendue en bouteille.

A Plombières, Emile Gallé est pensionnaire de la maison Bernier, aujourd'hui disparue. Il n'y a également pas de traces du passage d'Emile Gallé dans cette ville, que ce soit au niveau des Archives Municipales ou de celles des thermes. Plombières est une ancienne station de thermalisme, l'une des plus anciennes d'Europe puisque ce sont les Romains qui ont fait initialement la grande réputation de ces établissements, suivis par un cortège de personnages illustres, de Montaigne à Louis XV, Napoléon III, en passant par Musset, Delacroix, Berlioz. La station thermale a pour orientation la rhumatologie, l'appareil digestif.

Mais le séjour de Gallé à Plombières a surtout pour objectif le repos, le surmenage étant initialement, pour ses médecins, la cause de son état.

3) Le Docteur Grechen à Luxembourg

Les séjours vosgiens étant sans efficacité, Emile Gallé va réaliser alors plusieurs cures à Luxembourg entre l'automne 1902 et janvier 1904. C'est à la Clinique Saint François (ancien couvent des Sœurs de Charité de l'ordre de Saint François d'Assise) qu'il se rend. Cette clinique est dirigée par le

Docteur Mathias Grechen (1858-1919) et se trouve être un lieu de soins pour les anémies et affections d'origine nerveuse.

Les traitements préconisés sont alors le repos absolu et l'interdiction de tout travail intellectuel. Une amélioration se fait sentir, seulement passagère, d'autant que, les cures terminées, Gallé se remet au travail sans se ménager.

La clinique Saint François existe encore à Luxembourg et nous avons pu nous entretenir avec son administrateur. Malheureusement il n'y a plus d'archives des années 1900 (destruction durant les guerres ?) ni de documents pouvant nous éclairer sur les médecins de l'époque ou les traitements réalisés.

4) Baden-Baden

Françoise-Thérèse Charpentier dans *Emile Gallé* [CHAR2] écrit : « en mai (1904), c'est Baden-Baden avec sa femme puis la Suisse... », témoignant du passage d'Emile Gallé dans la ville de cure allemande. Nos recherches n'ont pas permis de découvrir où aurait séjourné Emile Gallé dans cette station thermale, ni les médecins rencontrés et aucun document n'a été retrouvé concernant ce séjour.

5) Berne

Toujours selon Françoise-Thérèse Charpentier [CHAR2], c'est en Suisse qu'est diagnostiquée la leucémie d'Emile Gallé. La correspondance de celui-ci nous permet de savoir qu'il résidait alors à la clinique du Docteur Feldegg à Berne [CHAR1].

Trois médecins sont cités par Emile Gallé :

- le Docteur Feldegg, directeur éponyme de la clinique,
- le Docteur Schnider ou Schnyder (Louis Ernst, 1868-1927) attaché à cette même clinique,
- le Docteur Dubois (Paul Charles, 1848-1918), spécialiste des affections nerveuses, privatdozent à l'Université de Berne, professeur de neuropathologie dès 1902 ; il publie en 1904 « *les psychonévroses et leur traitement moral* ».

Nous avons interrogé le service de santé du Canton de Berne qui ne possède pas d'archives concernant la clinique Feldegg , celle-ci n'existe plus.

HISTOIRE DE LA MALADIE

A. ANTECEDENTS

Nous avons peu d'éléments concernant la santé des ascendants d'Emile Gallé. Aucun antécédent particulier n'est relevé chez ses parents. Ainsi son père, Charles Gallé, est décédé à l'âge de 84 ans, longévité exceptionnelle pour l'époque ; quant à sa grand-mère maternelle, Marguerite Oster-Reinemer, elle atteint l'âge de 69 ans, ce qui est également remarquable en 1869. A la lumière des documents dont nous disposons, nous ne connaissons donc pas d'antécédents familiaux à Emile Gallé.

La lecture de sa correspondance avec Roger Marx [CHAR1] nous a permis de relever quelques antécédents personnels :

- torticolis, angine (26 avril 1885) :

« je souffrais horriblement d'un torticolis lequel s'est dénoué en angine »

- bronchite (16 janvier 1900) :

« commencement de bronchite »

- entérite aiguë :

« je suis sur le flanc avec une entérite aiguë » (30 juillet 1900)

« mon entérite s'accommode trop bien de ces journées à 25 lettres »
(14 août 1900).

B. ORIGINES ET EVOLUTION DE LA MALADIE

Quand la maladie d'Emile Gallé a-t-elle commencé ? Il est médicalement impossible de déterminer une date exacte, précise. En effet il ne s'agit pas d'une pathologie aiguë telle une angine, une méningite, mais d'une pathologie chronique qui va aboutir, à terme, au décès.

Nous pouvons cependant essayer de définir les moments où sa maladie va prendre un chemin définitif vers l'aggravation.

Il y a en premier lieu 1893 et la réalisation de la table *Flore de Lorraine* commandée par les Lorrains pour l'Escadre russe. Nous avons déjà, dans le chapitre 'Silhouette d'Emile Gallé', signalé qu'elle a été réalisée en moins de trois semaines. Nous bénéficions des connaissances de Françoise-Thérèse Charpentier qui nous ont été transmises grâce à Messieurs Ponton et Le Tacon.

Françoise-Thérèse Charpentier, qui a pu recueillir ces informations auprès des filles d'Emile Gallé (notamment Madame Perdrizet), mentionne cette année 1893 et la réalisation de *Flore de Lorraine* comme l'évènement qui a tout déclenché ; l'aggravation ultérieure de la santé d'Emile Gallé, moyennant des phases de rémission, va se poursuivre à partir de ce moment. Sans aucun doute, cette commande de dernière minute, puisque faite début octobre alors que l'échéance était fixée au 19 du même mois [BOT], a concentré les efforts d'Emile Gallé. Celui-ci a travaillé jour et nuit, pour aboutir à une table conceptuelle extraordinaire dont chaque détail est hautement symbolique.

La conception mais aussi la surveillance de la réalisation de cette œuvre exceptionnelle par son atelier d'ébénisterie a certainement épuisé les forces d'Emile Gallé. Fait intéressant rapporté par Françoise-Thérèse Charpentier est l'apparition d'une toux. Est-ce un symptôme de la pathologie qui occasionnera le décès d'Emile Gallé ? Est-ce un symptôme d'une pathologie accessoire ayant coexisté avec une affection plus grave responsable de sa mort et qui aurait pu éventuellement aggraver celle-ci ? Il semblerait que, toujours sur les informations recueillies par Françoise-Thérèse Charpentier, les médecins n'aient pas été d'accord à propos de la maladie d'Emile Gallé sur soit un problème pulmonaire, soit une anémie. Quoiqu'il en soit, cette toux, qu'elle soit symptomatique d'une infection broncho-pulmonaire ou d'une pathologie autre, peut être au minimum considérée comme un événement révélateur du début de l'altération irrémédiable de la santé d'Emile Gallé.

Celle-ci, à la lumière de la correspondance avec Roger Marx, paraît encore plus s'aggraver à partir de 1900. Il s'agit, comme nous l'avons déjà mentionné, de l'année de l'Exposition Universelle à Paris et sans aucun doute le travail fourni par Emile Gallé est, là encore, un facteur non négligeable de la dégradation de sa santé.

Dans les lettres de 1900 et des années suivantes, Emile Gallé fait de plus en plus état de la précarité de sa santé. Nous commenterons dans le paragraphe suivant la symptomatologie décrite par Emile Gallé, mais si nous considérons uniquement l'importance quantitative des symptômes révélés dans la

correspondance avec Roger Marx, nous constatons à partir de cette date un nombre beaucoup plus conséquent de ceux-ci. Bien entendu, nous ne pouvons considérer la correspondance d'Emile Gallé avec Roger Marx de 1885 à 1904 comme seul moyen d'énumérer et quantifier la symptomatologie d'Emile Gallé : ce n'est pas l'objectif de cette correspondance dont la valeur amicale, artistique et sociale est tout autre ; ce n'est pas non plus un moyen objectif scientifique d'analyse que de considérer ce que décrit Emile Gallé (l'expression de signes par quelqu'un ne connaissant pas la médecine ne pouvant qu'être l'expression subjective de sensations ou d'impressions, c'est-à-dire de signes fonctionnels). Quoiqu'il en soit, il nous a semblé utile d'y porter attention comme critère relativement proportionnel à la souffrance de l'individu et à son état de santé ainsi que comme source fiable de renseignements sur la symptomatologie présentée. Ainsi, le graphique en annexe 1 fait apparaître, sur une période de temps allant de 1885 à 1904 et correspondant aux lettres envoyées par Emile Gallé à Roger Marx, la quantité de signes fonctionnels exprimés que nous avons pu relever. Nous remarquons la prédominance de ceux-ci à partir de 1900 et jusqu'en 1904.

Considérons maintenant l'évolution de la maladie d'Emile Gallé. Si nous ne pouvons déterminer le point zéro du début de celle-ci, nous pouvons plus facilement observer la façon dont elle a évolué. L'ensemble des documents nous fait constater alors une évolution sinusoïdale avec des périodes de rémission entrecoupant des périodes d'aggravation avant la détérioration finale.

C. ANALYSE DE LA SYMPTOMATOLOGIE D'EMILE GALLE

1) Le point de vue de l'entourage

Fourcaud décrit Emile Gallé « maigre, sec, nerveux au suprême, la physionomie tourmentée » [FOU1]. Cette minceur que l'on peut constater sur différentes photographies de l'époque, est également rapportée par Edmond de Goncourt dans son *Journal, Mémoires de la Vie Littéraire* tome IV (1891-1896) [GONC] à la journée du mercredi 26 juin 1895 :

« Entre Gallé, le verrier de Nancy, et aussitôt une conversation enthousiaste entre les deux hommes¹ sur l'horticulture, où l'exaltation de Gallé, avec la mimique de son corps desséché et la fièvre de ses yeux, est amusante ».

Les photographies dont nous disposons font apparaître un homme effectivement mince, de stature moyenne, au large front. D'autres contemporains font état de sa constitution fragile, ainsi Le Monnier [LE M] :

« Le 23 septembre dernier, Emile Gallé expirait, victime de son ardeur au travail plus encore que de la délicatesse de sa constitution »,

ou encore Hinzelin [HIN] :

« maigre, fragile, inquiet, aspect très jeune, visage expressif et tourmenté, grands yeux bruns aux cils brûlés par l'éclat du four ».

¹ Gallé et Octave Mirbeau

Une lettre de Madame Bourgogne [BOURG], épouse du petit-fils d'Emile Gallé, nous rapporte plusieurs éléments intéressants sur la symptomatologie :

« Je viens de parcourir son livre² sur Emile Gallé qui rend parfaitement compte des terribles dernières années d'un homme qui souffrait beaucoup par moments et qui luttait contre la maladie. Celle-ci lui laissait par moments quelque répit qui lui permettait de retravailler aux dépens de forces passagères. [...]

Parmi les papiers que j'ai, il y a une revue médicale de l'époque intitulée 'Archives Générales' de Médecine du 20 septembre 1904 (27 boulevard Saint Michel)' avec un article du Docteur Syllaba (Professeur à la Faculté tchèque de Prague) sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse : étude clinique et expérimentale. De cette étude d'une trentaine de pages, je vous recopie ces quelques lignes marquées d'un trait rouge dans la marge : [...]

Il³ était probablement fragile des intestins. ».

Plusieurs remarques naissent : en premier lieu les dernières années de vie sont un combat réel de Gallé qui, malgré la maladie, poursuivait sans relâche ses travaux ; c'est aussi un combat contre la souffrance. L'évolution de cette maladie est également mentionnée comme présentant des phases d'accalmie et d'exacerbation. Enfin, il est question des *Archives Générales de Médecine* du 20 septembre 1904 [SYL], soit trois jours avant la mort d'Emile Gallé : à qui appartenait cette revue ? A-t-elle été consultée par Emile Gallé ? Est-ce lui qui a tracé un trait rouge en regard de l'article sur l'anémie pernicieuse ? Était-ce le diagnostic avancé par les médecins ?

Quoiqu'il en soit, si cette revue était entre les mains de Gallé, au moins témoigne-t-elle de ses capacités intellectuelles jusqu'à la fin de sa vie. Il y avait eu, en effet, une polémique après son décès, un journaliste parisien ayant déclaré

² celui de Françoise-Thérèse Charpentier

³ Emile Gallé

qu'il avait perdu raison avant sa mort ; ce à quoi Madame Gallé aurait répondu en faisant publier sa réponse avec le diagnostic du Docteur Grechen de Luxembourg. Malheureusement, l'absence de références plus précises ne nous a pas permis de retrouver cet article et il s'agit du témoignage de Françoise-Thérèse Charpentier.

Finalement, la dernière remarque à propos de cette lettre de Madame Bourgogne est la notion « fragile des intestins » que nous retrouverons dans les lettres d'Emile Gallé. Par ailleurs, à la fin de sa vie, Gallé écrit le 15 juin 1904 [CHAR1] :

« pour l'instant, je n'ai plus que ce devoir : manger, qui m'est pénible au point que j'en rêve la nuit. »

Nous avons déjà évoqué précédemment la genèse de la table *Flore de Lorraine* et l'épuisement de Gallé dû à sa conception. Alors extrêmement fatigué, il présentait une toux, nous dit Françoise-Thérèse Charpentier. Pouvons-nous relier cet élément à une pathologie pulmonaire ? Celle-ci a-t-elle joué un rôle dans la maladie dans la maladie de Gallé ?

D'après les écrits de Gallé, Françoise-Thérèse Charpentier, relate ensuite un malaise que le verrier aurait rapporté à une émanation de vapeur toxique alors qu'il était dans les ateliers. Pour elle, il s'agit d'une cause plus grave. Elle poursuit en citant Gallé lui-même, qui décrit des troubles visuels (taches brillantes papillotantes) et nous informe sur des céphalées persistantes.

Que penser de ce malaise ? Est-il un signe de la grande fatigue de Gallé ? De même que les troubles visuels et les céphalées ? Ou ceux-ci sont-ils liés à un syndrome d'hyperviscosité sanguine ?

L'anémie est un des éléments rapportés par diverses sources : anémie pernicieuse soulignée de rouge (par Gallé lui-même ?), dans les *Archives Générales de Médecine* [SYL], anémie citée par les contemporains et amis [HEN1].

Enfin, le diagnostic de leucémie qui a été énoncé en Suisse sera évoqué par ces mêmes contemporains comme une longue et cruelle maladie.

2) Ce qu'écrit Emile Gallé

La correspondance d'Emile Gallé et Roger Marx présentée et annotée par Françoise-Thérèse Charpentier [CHAR1] permet de consulter des lettres échangées entre 1883 et 1904. Même s'il ne s'agit pour la plupart que d'échanges amicaux, d'opinions artistiques ou diverses, dans certaines d'entre elles Emile Gallé fait état de sa santé : toujours en quelques phrases, sans être démonstratif ou en surabondance de détails, ce qui n'aurait pas sied à la dignité de sa personne. Nous avons pu mettre en avant les différents symptômes ou signes fonctionnels, les regrouper qualitativement et quantitativement.

Le tableau situé en annexe 2 regroupe les termes exacts utilisés par Emile Gallé ainsi que le nombre de leur citation.

Nous avons regroupé ensuite dans un second tableau situé en annexe 3, les signes par syndrome ou champ définissant un groupe uniforme de symptomatologie.

De cette analyse il apparaît que :

- l'asthénie est le signe fonctionnel majeur chez Emile Gallé,
- le surmenage est prépondérant avec une « fatigue nerveuse » non négligeable,
- Emile Gallé cite deux fois le terme d'anémie qui est sans aucun doute un élément important de cette asthénie.

D. CONCLUSION

Les informations dont nous disposons à l'issue de ces recherches sont les suivantes. Emile Gallé n'avait pas d'antécédents familiaux particuliers ; les seuls antécédents personnels à notre connaissance sont une bronchite, un torticolis, une angine et une entérite aiguë.

Emile Gallé a présenté une pathologie chronique évoluant vers le décès avec des phases de rémission et d'aggravation. La maladie semble avoir commencé à faire parler d'elle aux alentours de 1893 alors que la création de la table *Flore de Lorraine* a requis d'énormes capacités de travail ; elle évolue cycliquement pour finalement s'aggraver, essentiellement à partir de 1900,

année de l'Exposition Universelle où, malgré les quelques phases d'accalmie, l'évolution se fera constamment vers l'aggravation et finalement le décès en 1904.

Décrit de constitution fragile par ses contemporains, la symptomatologie manifestée par Emile Gallé au regard des témoignages de ceux-ci et à la lumière de sa correspondance, a comporté : une asthénie majeure, un surmenage, des céphalées, des troubles visuels, une toux dès 1893, une anémie.

Ces éléments, sont à notre avis, parmi ceux les plus fiables et intéressants pour pouvoir, par la suite, émettre des hypothèses diagnostiques.

Cependant, nous rappelons ici que ces éléments sont non seulement subjectifs mais encore incomplets et que nous ne pourrons jamais connaître l'ensemble des symptômes présentés par Emile Gallé puisqu'il n'existe aucun dossier médical le concernant, donc aucun élément clinicobiologique à notre disposition, et que nous ne disposons pas d'un accès à l'ensemble des archives familiales et privées.

**CONNAISSANCES MEDICALES
FIN 19° - DEBUT 20°SIECLE ET
DIAGNOSTICS DES MEDECINS
DE GALLE**

A. LA MEDECINE A LA FIN DU 19^{EME} ET AU DEBUT DU 20^{EME} SIECLE

1) Evolution générale des connaissances médicales

Quelles sont les connaissances médicales à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle, à l'époque d'Emile Gallé ?

Même si l'examen clinique du malade a progressé, tout particulièrement en neurologie avec Charcot, Babinski, Broca, Déjerine, même si le stéthoscope ouvre des perspectives intéressantes, même si de nouvelles maladies sont identifiées en neurologie, hématologie et endocrinologie, la seconde moitié du 19^{ème} siècle est surtout témoin de l'essor des examens d'analyse et de la découverte d'appareillages de mesure ou d'observation [GONZ].

Parmi les examens para-cliniques, notons le dosage de l'urée sanguine (1836), la recherche de sucre et d'albumine dans les urines (1848-1849), les premières hémocultures (1893). Le premier examen cytochimique du liquide céphalo-rachidien est réalisé en 1902. C'est surtout l'Ecole Allemande de Médecine qui développe l'usage des examens d'analyse tout en insistant sur la clinique et l'observation (Müller, Virchow, Ehrlich). Grande évolution également que l'asepsie de Semmelweiss (1847) et l'antisepsie de Lister (1867). Des noms tels que Pasteur, Koch, Laveran, Roux, Yersin, Lister sont par eux-mêmes évocateurs de la découverte de nombreux micro-organismes.

Du côté des techniques médicales, la première endoscopie oesogastrique a lieu en 1881 et la première cystoscopie a lieu en 1880 ; la fin du 19^{ème} siècle voit également les débuts de l'électrocardiogramme. La thérapeutique bénéficie depuis 1846 de l'anesthésie pour les opérations chirurgicales. En médecine Pravaz perfectionne la seringue (1853). Les traitements à la disposition des médecins à la fin du siècle comportent quinine, morphine, dérivés de trinitrine, digitaline, aspirine. La découverte de la radioactivité permet déjà en 1896 de traiter certaines néoplasies.

Mais intéressons-nous plus particulièrement à l'hématologie.

2) L'essor de l'hématologie

« Le sang est assurément un témoin de l'histoire » affirme Jean Bernard dans *l'Histoire illustrée de l'hématologie de l'Antiquité à nos jours* [BER3]. C'est sans aucun doute la partie du corps la plus liée à l'histoire de l'humanité et cela paraît logique puisque le sang est le symbole même de la vie. Son importance primordiale est déjà présente à la conscience des hommes du paléolithique qui peignent, sur les parois des grottes, des animaux décédant d'hémorragie : l'hématologie est née.

Par delà les temps, le sang témoigne également de l'Histoire, ainsi certains diagnostics rétrospectifs qui ont été réalisés après examen du sang de momies égyptiennes.

Enfin, quel témoin infallible est-il de telle ou telle particularité d'une famille, d'une ethnie, particularité qui sera retrouvée parmi les descendants ou suivie au gré des migrations humaines ...

Si nous pouvons relier le début de l'hématologie à la conscience du sang élément de vie à l'époque paléolithique, les découvertes constituant cette discipline sont essentiellement survenues à partir du milieu du 17^{ème} siècle, étroitement liées à l'histoire du microscope. Mais du Paléolithique au microscope, le sang a déjà son histoire et est considéré différemment selon les peuples observés.

Chez les Sumériens et les Assyro-Babyloniens [CAST], là même où vers 3300 ans avant J.C. apparaissent les premiers signes cunéiformes signifiant le mot sang (*dâmu*), celui-ci est reconnu comme l'élément le plus important, le plus indispensable à la vie. La conception de ces peuples confère au sang le lieu même de la vie. Pour les Sumériens, la persistance de celle-ci est liée à l'idée du renouvellement du sang par l'alimentation. Quant aux rêves, ils proviennent de l'état de ce dernier et de sa circulation dont le foie est considéré comme siège principal. C'est pourquoi cet organe est l'élément d'analyse des présages.

Ce liquide ne peut donc qu'être précieux pour des peuples qui établissent simplement l'analogie entre perte de sang et arrêt de la vie.

Ceci n'est pas du tout la conception de la médecine égyptienne pour qui l'élément essentiel, l'acte le plus important de la vie est la respiration. Dans cette conception pneumatique, l'arrêt de la respiration précède et détermine l'arrêt de la circulation. Bien que le Papyrus d'Ebers, datant d'environ 1553 ans avant J.C., un des plus anciens avec ceux d'Edwin Smith et de Brugsh, affirme que le cœur est le centre de la circulation, le rôle primordial de la respiration est indiscutable pour les médecins égyptiens.

Quant au peuple d'Israël, les influences des pays d'accueil de cette ethnie migrante sont ressenties avec la coexistence d'une dualité conceptuelle : d'une part dans la tendance iahviste monothéiste est reconnue la conception pneumatique de la médecine Egyptienne avec l'importance de la respiration, du souffle, alors Souffle de Dieu chez les juifs ; d'autre part dans la tendance éloïste sumérienne c'est la conception humorale, où le sang revêt la place primordiale, qui est retenue.

En Chine, le plus ancien livre médical, le Nei-Ching (2698-2399 avant J.C.) tient le cœur pour le plus important des viscères, qui a pour mère le foie, pour fils l'estomac et pour ennemi le rein. La médecine chinoise dispose d'une pharmacologie abondante et notamment l'emploi de substances riches en fer pour le traitement de l'anémie.

Si nous considérons maintenant la médecine de l'Antiquité gréco-romaine, chez Homère, le sang perd de son importance : la vie siège dans le souffle, conception pneumatique identique à la médecine égyptienne. Les trois écoles pré-socratiques (philosophique ionienne, italique aristote, d'Agrigente) puis les écoles hippocratique, post-hippocratique et romaine (Celse, Pline, Galien), n'apporteront pas de grande nouveauté du point de vue de l'hématologie.

Quant à la médecine arabe, parmi ses trois grandes écoles (Bagdad, Alexandrie, Syrie), deux périodes peuvent être mises en avant : la première avec Jean de Damas et Sérapion, la seconde dont font partie Avicenne, Avenzoar, Averroès, Maimonide. Ces deux périodes vont être essentiellement occupées par le recueil et la synthèse des connaissances médicales parvenues jusqu'à cette époque.

Dans l'Europe occidentale il faudra attendre la découverte du microscope (Jansen 1590) pour permettre d'importantes avancées dans le domaine médical et en particulier dans la connaissance du sang. Malpighi serait le premier à observer des « rubrae particles » dans le sang en 1661. Mais c'est Leeuwenhoek, en 1673-1674, qui réalise une description correcte des globules rouges. Ceux-ci seront dessinés pour la première fois en 1678 par Swammerdam.

Le plus ancien ouvrage traitant d'hématologie est celui de Schwencke en 1743 : *Haematologia sive sanguinis historia*.

La poursuite des découvertes se fait avec celle des globules blancs par Hewson au milieu du 18^{ème} siècle.

Simultanément, se développe une meilleure connaissance des pathologies hématologiques parmi lesquelles sont décrites « la chlorose, doyenne des anémies » [BER3] ainsi que la maladie observée par Consbruck en 1793 et qui sera appelée Hémophilie par Schonlein en 1832 [BER3]. Les adénopathies sont signalées en 1832 avec le premier cas de lymphome décrit par Hodgkin.

Pour Donné en 1839, il existe trois types de cellules sanguines : les globules rouges, les globules blancs et les globulins qui seront dénommés ultérieurement plaquettes ; quelques années plus tard il décrit les anomalies de l'analyse du sang correspondant à une « leucocythémie » rebaptisée leucémie par Virchow en 1847.

La recherche de l'origine et de la filiation des cellules sanguines va voir de nombreux médecins établir des théories. C'est celle de Bizzozero et Neuman en 1868 qui se révélera exacte : la moelle osseuse est hématopoïétique.

Th. Addison décrit l'anémie pernicieuse en 1855 qui sera à nouveau étudiée par Biermer en 1868-1872. Trousseau confirme en 1866 l'entité clinique de la maladie de Hodgkin. Ebstein introduit la notion de caractère aiguë des leucémies (1889).

C'est donc essentiellement pour l'hématologie, à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècles, une phase descriptive des pathologies du sang.

B. DIAGNOSTICS DES MEDECINS DE GALLE

1) Surmenage et neurasthénie

Dans l'histoire de la maladie d'Emile Gallé, le travail acharné fourni par celui-ci, l'incessante obstination à donner le meilleur de soi-même, sont des éléments que nous ne pouvons négliger. Sans aucun doute, les médecins qui ont soigné Gallé étaient, tout du moins au début de la pathologie, convaincus que cet intense labeur, ce 'surmenage', était à l'origine de l'asthénie majeure d'Emile Gallé. Il faut rappeler que même si les examens d'analyse du sang se développaient, ils n'étaient pas encore appliqués aussi communément qu'ils le sont à notre époque. Ce qui explique peut-être que le diagnostic d'anémie n'a pas été posé tout de suite. Nous pouvons penser qu'Emile Gallé ne présentait pas d'autre symptomatologie fonctionnelle qu'une asthénie, sinon ses médecins se seraient orientés vers un autre diagnostic en rapport. L'asthénie étant réellement majeure chez Emile Gallé, comment les médecins auraient-ils pu ne pas faire le lien de cause à conséquence avec le travail acharné de celui-ci ? D'ailleurs, le surcroît de travail occasionné par les commandes exceptionnelles (la table *Flore de Lorraine* par exemple) ou les Expositions Universelles n'était-il pas source d'aggravation cyclique de l'état de santé de Gallé ? Roger Marx lui-même fait état du travail considérable fourni par son ami [MAR2] :

« Les Expositions universelles, les Salons de l'*Union centrale des arts décoratifs* et de la *Société nationale des beaux-arts*, étaient pour Emile Gallé autant de prétextes à une dépense d'efforts inouïe, surhumaine ».

Par la suite, le passage à la chronicité de cette asthénie et l'absence d'amélioration apportée par les cures de repos, même si elles n'étaient qu'en partie observées par Gallé, ne pouvaient que faire réfléchir ses médecins à la non-responsabilité directe du 'surmenage' mais plutôt à l'aggravation d'une pathologie sous-jacente.

La neurasthénie a été un des diagnostics proposés par les médecins de Gallé. La neurasthénie est une

« névrose se manifestant surtout chez les neuro-arthritiques et chez les surmenés, et présentant comme caractères fondamentaux une hypotonie musculaire et artérielle, une diminution plus ou moins caractérisée des sécrétions glandulaires accompagnée de céphalée, rachialgie, dyspepsie gastro-intestinale et ptose des viscères. Ces troubles entraînent l'insomnie, une sensation de grande fatigue, et déterminent un état mental particulier où dominent la tristesse, la crainte et l'indécision. »
[GARN].

La neurasthénie a été initialement décrite en 1869 par G.M. Beard pour définir un état d'épuisement physique associé à des troubles somatiques dont les origines sont une diminution des ressources nerveuses. Cette description met au premier plan la dépression et l'asthénie psychique. Beard considère la neurasthénie comme responsable de l'hypochondrie.

Devant l'épuisement physique, il était peut-être évident pour les médecins contemporains de Gallé d'évoquer la neurasthénie.

Il faut également préciser le développement phénoménal à cette époque et l'intérêt de nombreux médecins ou publics pour ce qui concerne le psychisme. C'est le développement de la neuropsychiatrie et de la psychologie, le conflit entre La Salpêtrière et l'Ecole de Nancy dont Bernheim est le fondateur.

Gallé connaissait et a consulté Bernheim. Toute l'œuvre du célèbre verrier ainsi que le style fin de siècle sont liés à cette naissance de la psychologie, cette découverte de « l'intérieur » de l'être humain. C'est un état d'esprit nouveau, inconnu ou peu jusqu'à présent qui apparaît à la fin du 19^{ème} siècle.

Pour D. Silverman [SIL]

« Gallé montre qu'il était fasciné par l'instable, le fluide et les qualités visuelles de l'esprit dont le Docteur H. Bernheim prétendait qu'ils façonnaient la réceptivité de l'homme à la suggestion et à l'hypnose. »

Même si Gallé était imprégné de cette psychologie nouvelle, même si un sens profond symboliste se cache dans ses œuvres, elles-mêmes suggestives, recueil des confidences du verrier, celui-ci n'avait cependant pas, au vu des différents témoignages de ses contemporains, une personnalité hypochondriaque. La neurasthénie ne nous semble pas correspondre à la symptomatologie réelle et à l'état d'esprit de Gallé.

2) Pathologie pulmonaire

D'après Françoise-Thérèse Charpentier et les témoignages qu'elle a recueillis auprès de Madame Perdrizet, une des filles de Gallé, la maladie de ce dernier aurait suscité des polémiques de son vivant.

Les médecins n'auraient pas été d'accord sur un problème d'origine pulmonaire ou une anémie. L'élaboration, au prix d'un travail acharné, de la table *Flore de Lorraine* aurait eu pour conséquence de déclencher chez Gallé une toux pouvant

évoquer une éventuelle pathologie broncho-pulmonaire. A-t-il eu une pneumonie ? S'agissait-il d'une tuberculose ?

3) Anémie

Surmenage, neurasthénie, pathologie pulmonaire ou digestive, malgré ces diagnostics et les traitements administrés (cures,...), la santé d'Emile Gallé ne cesse de décliner, surtout à partir de 1900, comme nous l'avons vu précédemment.

Devant la persistance de cette altération de l'état général, les médecins évoquent une anémie. Emile Gallé lui-même écrit :

« Croyez-vous que votre médecin me guérirait ? A la première accalmie je ferai le voyage. Pas pu exposer au Salon d'Automne à cause de cette anémie ... » 07/09/1903 [CHAR1]
« Ils ne trouvent rien... qui motive cette anémie et des inquiétudes. » 3/11/1903 [CHAR1].

Cette anémie, mise en évidence par les médecins comme à l'origine de la 'neurasthénie profonde', est-elle le diagnostic d'un syndrome anémique symptomatique ou l'affirmation réelle d'une analyse sanguine ? La première numération des globules rouges a été réalisée par Vierordt en 1851, la première estimation du taux plasmatique d'hémoglobine par Welcker en 1854, aussi l'on sait définir biologiquement une anémie à l'époque de Gallé même si cet examen para-clinique n'est certainement pas d'usage courant. C'est surtout l'Ecole

Allemande de Médecine qui développe l'utilisation des examens para-cliniques. Probablement le Docteur Grechen est-il issu de cette Ecole comme le sont les médecins suisses consultés à Berne.

Pour certains médecins, l'anémie engendre la neurasthénie chez Gallé, assure Françoise-Thérèse Charpentier [CHAR2]. G. Andral (professeur de pathologie et thérapeutique générale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie Royale de Médecine) n'écrit-il pas dans son *Essai d'Hématologie Pathologique* [AND] en 1843, dans le chapitre *Du sang dans l'anémie* , les symptômes de celle-ci auxquels il associe des désordres psychiques :

« grande prostration du système musculaire, faiblesse générale des plus marquées, graves perturbations du système nerveux : désordres divers de l'intelligence, du sentiment et du mouvement ; troubles variés de la digestion, de la respiration, de la circulation. Qui ne connaît les nombreuses névroses auxquelles sont sujets les anémiques, leur dyspepsie, leur dyspnée, leurs battements de cœur ? ... »

Mais la symptomatologie du syndrome anémique chez Gallé, quand bien même elle soulève chez lui de grandes inquiétudes, est certainement plus que l'étiologie d'une neurasthénie, si celle-ci a réellement existé chez notre sujet .

Des médecins de Gallé auraient évoqué l'anémie pernicieuse. Nous avons déjà cité la lettre de Madame Bourgogne [BOURG] dans laquelle elle fait part d'un article souligné de rouge (par Gallé ?) concernant l'anémie pernicieuse [SYL]. Cette dénomination d'anémie pernicieuse, si nous nous référons à des ouvrages contemporains de Gallé tel celui de H. Georges [GEO], est incluse dans la classification des anémies suivantes :

- A. anémie chlorotique
- B. anémie infantile pseudo-leucémique
- C. anémie pernicieuse progressive
- D. anémies symptomatiques (botriocéphale, cancéreuse, rachitique, saturnine, tuberculeuse, ...)

Pour H. Georges, l'anémie est l'association d'une oligocythémie et d'une diminution de l'hémoglobine. Le taux d'hémoglobine en 1903 est mesuré par la technique de spectroscopie ou plus exactement l'hématoscope d'Hénocque qui détermine une valeur quantitative d'hémoglobine. H. Georges gradue l'anémie en fonction du taux d'hémoglobine :

- « 11,5 à 11 p. 100 début d'anémie
 10,5 à 9 p. 100 anémie confirmée
 8,5 à 7 p. 100 anémie intense
 6,5 à 4,5 p. 100 anémie grave
 4 à 3 p. 100 anémie extrême ou cachectique »

Les connaissances au sujet de l'anémie ainsi que les examens d'analyse sanguine sont donc déjà bien avancés en 1903, même s'il ne s'agit que des balbutiements de l'hématologie.

Concernant l'anémie pernicieuse, quelles sont les connaissances à la fin du 19^{ème} siècle ? Elle correspond à l'anémie ou maladie de Biermer décrite par Th. Addison puis Biermer en 1868-1872. Le Docteur Syllaba [SYL] considère l'anémie pernicieuse ou maladie de Biermer comme une maladie *sui generis*, convergeant ainsi vers la thèse d'Immermann en opposition avec Quincke, Eichhorst pour lesquels l'anémie pernicieuse est seulement une phase terminale

de l'anémie quelle qu'en soit la cause. Une des caractéristiques importantes de l'anémie perniciose, d'après Syllaba, est sa marche chronique particulière, c'est-à-dire, si l'on excepte la forme lentement et continuellement progressive, son évolution rémittente avec des phases d'exacerbation plus ou moins graves et de rémissions. Les exacerbations comportent, toujours selon le même auteur, divers symptômes gastro-intestinaux, hémorragiques et nerveux. L'anémie perniciose étant rare, elle n'a selon lui aucun rapport avec « de mauvaises conditions vitales », à savoir « un logis misérable, une alimentation insuffisante, des chagrins, des fatigues physiques », circonstances trop fréquentes à son avis pour avoir une quelconque relation avec la rareté de l'anémie perniciose. A la recherche de ce facteur inconnu qui détermine l'anémie perniciose, plusieurs auteurs sont cités par Syllaba dont Bernheim [SYL p.2376] à propos d'un article de ce dernier dans *La Revue Médicale de l'Est* en 1879 : « Observation d'une anémie perniciose progressive puerpérale » [BERN].

Syllaba classe les différentes théories de son époque sur la pathogénie de l'anémie perniciose en sept catégories, en suivant les théories respectives des différents auteurs sur l'origine de cette maladie.

Pour lui, les lésions à l'origine de l'anémie perniciose sont situées au niveau de la moelle qui est alors mégalo-blastique. Ceci est bien évidemment un renseignement d'autopsie puisque la technique du myélogramme ne sera inventée qu'en 1929 par Arinkin.

Poursuivant la recherche du facteur déterminant l'anémie pernicieuse, Syllaba exprime selon lui l'importance de l'existence simultanée d'un ictère pernicieux qui parfois même cache l'anémie. C'est ainsi qu'il conclut à la responsabilité d'un poison hémocytolytique à l'origine de l'anémie pernicieuse. Celle-ci serait donc causée par une toxémie chronique. Le processus hémolytique étant un stimulant énergétique des organes hématopoïétiques, il susciterait à leur niveau une production accrue de globules rouges. Ceci expliquerait d'une part les phases d'aggravation et de rémission selon que l'intensité du toxique hémocytolytique serait prédominant ou non sur la réaction des organes hématopoïétiques et d'autre part serait la cause de l'affaiblissement progressif de ces derniers. La fin de la maladie correspondrait à « la victoire définitive de l'hémolyse ».

Suivant ce raisonnement, Syllaba estime intéressante l'utilisation de l'arsenic dans le traitement de l'anémie pernicieuse. Notons que l'arsenic est déjà utilisé depuis 1865 dans le traitement des leucémies myéloïdes chroniques (Lissauer). Selon Syllaba, ce poison hématique imite le processus naturel, autrement dit augmente artificiellement la destruction des globules rouges pour stimuler la réaction des organes hématopoïétiques en vue d'accroître la production des globules rouges. Cependant, Syllaba reconnaît ce traitement arsenical efficace à la condition que les organes hématopoïétiques soient capables de réagir. A la fin de la maladie, l'arsenic n'entraîne donc plus aucun effet du fait de l'épuisement de l'hématopoïèse. C'est ce paragraphe [SYL p2395]

souligné de rouge que nous avons déjà évoqué d'après les indications de Madame Bourgogne [BOURG]. Si nous supposons qu' Emile Gallé lui-même a souligné ou qu'il a au moins lu ce paragraphe, cela apporterait un argument au fait qu'un des diagnostics des médecins était effectivement l'anémie pernicieuse. Dans ce cas, Emile Gallé a-t-il bénéficié d'un traitement arsenical, traitement que le Docteur Syllaba dans son article [SYL] considère comme au moins temporairement efficace ?

4) Leucémie

La santé de Gallé poursuit sa dégradation ; les cures à Luxembourg n'apportent pas les franches améliorations escomptées.

Emile Gallé séjourne alors à la Clinique Feldegg à Berne. C'est là qu'est fait le diagnostic de leucémie. Quelle est en 1904 la signification de ce terme ? Nous avons déjà évoqué précédemment la première description de leucémie (« leucocythémie ») par Alfred Donné de l'Hôtel-Dieu à Paris en 1839, puis par John Hugh Bennett à Edimbourg et Rudolf Virchow à Berlin. C'est ce dernier qui donnera le nom de leucémie à ce qui est alors décrit comme une augmentation importante du nombre des globules blancs.

C'est Virchow encore qui donne la première classification des leucémies en différenciant les leucémies à grosse rate des leucémies à gros ganglions. Puis en 1889, Ebstein classe les leucémies en formes chronique et aiguë.

La fin du 19^{ème} et le début du 20^{ème} siècles permettent d'améliorer les connaissances des globules blancs, leurs différences morphologiques, leurs fonctions. En 1903, pour H. Georges [GEO], la leucémie peut être définie par :

« l'aspect laiteux du sang, la diminution du nombre des globules rouges, la poïkylcytose, les normoblastes précoces à noyau caryokinétique ; un nombre de globules blancs supérieur à 70 000 associé à l'existence de formes anormales et myélocytes ».

Il existe alors deux types de leucémie : les leucémies myélogènes et les leucémies lymphatiques.

Nous ne possédons malheureusement aucun renseignement supplémentaire concernant le diagnostic de leucémie chez Emile Gallé. Quand l'analyse sanguine nécessaire à ce diagnostic a-t-elle été réalisée ? Les examens de sang précédents n'avaient-ils pu, au vu des moyens para-cliniques limités de l'époque, déceler des cellules anormales ? Ou bien n'étaient-elles pas encore présentes, caractérisant ainsi la particularité de la pathologie hématologique affectant Emile Gallé, à savoir une évolution vers la transformation leucémique ?

Quoiqu'il en soit, une fois le diagnostic affirmé par les médecins suisses, il est déjà trop tard. Gallé rentre à Nancy où il décède quelques mois après : la médecine de son époque en est encore à une phase descriptive, bien loin des

premiers traitements et rémissions de leucémies qui interviendront seulement vers le milieu du 20^{ème} siècle.

**DISCUSSION D'HYPOTHESES
DIAGNOSTIQUES A LA LUMIERE
DES CONNAISSANCES
MEDICALES ACTUELLES**

A. PATHOLOGIES EN RAPPORT AVEC LA PRODUCTION DE VERRE DES ETABLISSEMENTS GALLE

A l'occasion de l'Exposition Universelle de 1900, un *Tableau des Conditions de Vie des Ouvriers Verriers* est décrit par Les Cristalleries de Baccarat [BOR p138] : Il est possible d'y lire la description du Service Médical de l'Usine. Cette préoccupation, la santé des travailleurs, s'intègre dans l'évolution des connaissances des maladies professionnelles. Tout au long du 19^{ème} siècle, les publications ayant pour thème ce sujet se sont multipliées, succédant aux premières descriptions de maladies professionnelles des auteurs gréco-romains, à celles d'Ellenbog (1473), de Paracelse (1527), d'Agricola (1530) et surtout au *Traité sur les Maladies des Travailleurs* de Ramazzini (édité en 1700) qui rassemble des descriptions de maladies professionnelles dans plus de cinquante métiers et des précautions ou remèdes à appliquer. Cet essor de la connaissance des maladies professionnelles, de l'intérêt porté à l'amélioration des conditions de travail des ouvriers va générer la création de la médecine du travail. En 1901, à Bâle, est créé l'Office International du Travail, puis ce sera, en 1919, la naissance de l'Organisation Internationale du Travail et du Bureau International du Travail ou B.I.T. En 1950, seront définis par l'Organisation Internationale du Travail associée à l'Organisation Mondiale de la Santé les objectifs de la Médecine du Travail [DES p11] :

« promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions ; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail ;

les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé ; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques ».

Bien avant ces définitions, avant même le développement de la médecine du travail et faisant donc figure d'avant-gardiste, Emile Gallé est convaincu de la nécessité d'un lieu de travail non seulement agréable et stimulant pour le personnel, mais surtout de conditions de travail plus saines. Un contemporain de l'artiste, cité par Tim Newark [NEW p62], n'évoque-t-il pas

« une attention particulière à l'organisation et aux conditions de travail de son personnel [...] convaincu qu'un lieu de travail efficace et stimulant revêtait une importance vitale dans l'établissement ».

D'ailleurs, les ateliers de Nancy sont aérés, disposent de grandes fenêtres et d'aspirateurs puissants pour les vapeurs des différents produits employés [GAR p67 p109].

En effet le travail de verrerie, en particulier le travail d'art d'Emile Gallé, fait intervenir de nombreux produits toxiques dans la composition [FON] ainsi que dans la réalisation des pièces. Son ami Jules Henrivaux déjà préoccupé d'hygiène et santé, invite le professeur Riche de l'Académie de Médecine à s'exprimer dans [HEN3], ouvrage exposant les différentes techniques de la spécialité :

« Les ouvriers respirent des poussières qui sont toujours très préjudiciables à la santé, même lorsque la composition ne renferme pas de produits toxiques proprement dits ».

Nombre de ces produits toxiques évoqués sont utilisés dans la composition ou le processus de fabrication des œuvres de verre. Comment alors ne pas mettre

en cause leur responsabilité dans l'altération de la santé d'Emile Gallé, voire dans l'origine princeps de son décès ?

Faisons nôtre l'interrogation du Professeur Michel Boulangé préfaçant l'ouvrage de Monsieur Le Tacon [LE T1] :

« Le médecin de la fin du vingtième siècle est-il en droit de s'interroger sur l'affection hématologique qui devait emporter Emile Gallé et le possible maniement de produits dont la toxicité n'avait pas encore été démontrée ? ».

Quels sont ces produits toxiques ? La lecture attentive des carnets de Julien Roiseux (qui dirigeait à l'usine la réalisation des verreries) nous révèle les différents matériaux plus ou moins toxiques utilisés dans la fabrication des verres et cristaux [ROI]. Pour chaque type de verre créé, les proportions des composants sont minutieusement écrits par J. Roiseux. Par exemple, la composition du verre « Clair de Lune » est la suivante :

« Sable	200 k.
Sel de soude	63 k.
Chaux	35 k.
Nitrate de cuivre	7 k.
Arsenic	3 k.
Oxyde de cuivre	0,325 gr
Groisils	40 k. »

Si nous totalisons le nombre de citations des divers composés, nous nous apercevons de la prédominance de l'arsenic qui est ainsi cité cinquante fois (cf tableau en annexe 4).

L'arsenic n'est pas le seul produit toxique, notons : le minium, le manganèse, le cuivre, l'urane, la silice.

Dans les carnets, est également détaillée la composition des vernis à retoucher et à imprimer, à base d'essence de térébenthine et de bitume. Le lavage du verre est réalisé quant à lui par l'association de trois acides : fluorhydrique, nitrique et sulfurique.

Considérons donc maintenant la toxicité de ces produits.

La lecture du chapitre des cancers hématologiques dans *Les cancers professionnels* [HAG] nous apprend que certains auteurs font mention de l'action pathologique de l'arsenic sur les organes hématopoïétiques. Ainsi, un cas de leucémie compliquant une anémie aplasique induite par l'arsenic est cité. Les autres pathologies professionnelles en rapport avec l'arsenic [GER] sont des néoplasmes cutanés, pulmonaires, un angiosarcome hépatique (anhydre d'arsenic) et des anémies hémolytiques aiguës (hydrogène arsenié).

Un autre composé toxique très utilisé en verrerie et dans les établissements Gallé est le minium ou dioxyde de plomb qui peut être à l'origine de dysérythropoïèse avec anémie sidéroblastique [DYE] accompagnée d'hyperhémolyse de mécanisme extracorporel. Cette anémie sidéroblastique est associée à une érythropoïèse inefficace. La symptomatologie est celle (outre le syndrome anémique) d'une intoxication chronique au plomb : douleurs abdominales, constipation et vomissements, douleurs musculaires diffuses, neuropathie périphérique, hypertension artérielle, convulsions. L'intoxication saturnine se fait par voie digestive ou respiratoire.

Le manganèse peut être à l'origine d'hémolyse aiguë ou chronique et d'irritation respiratoire source de pneumonie clinique et radiologique avec atteinte nodulaire des poumons [DYE].

Le cuivre peut également entraîner une anémie hémolytique.

L'urane, qui correspond à de l'oxyde d'uranium est, comme toute substance radioactive, oncogène.

Enfin, dans l'industrie de la céramique et de la verrerie d'art [MART], il ne faut pas oublier :

- les silicoses qui constituent les conséquences de l'inhalation des poussières minérales renfermant de la silice libre SiO_2 et qui, dans le cadre des travaux d'émaillage, peuvent s'accompagner d'anémie ;
- la béryllose, pneumoconiose liée à l'inhalation chronique de particules solides de béryllium. Il faut distinguer une forme aiguë à type de broncho-pneumopathie et une forme chronique. Celle-ci, correspondant à une fibrose pulmonaire diffuse, d'installation et évolution progressivement croissantes, est révélée par une dyspnée d'effort, une toux sèche, une asthénie et un amaigrissement évoluant vers l'insuffisance respiratoire chronique et le cœur pulmonaire chronique.

Ces différents produits toxiques utilisés dans l'industrie du verre sont de nos jours reconnus dans la pathogenèse des différentes maladies que nous avons évoquées pour chacun d'entre eux. La médecine du travail s'emploie à diminuer le risque de survenue de ces pathologies par la prévention du risque d'intoxication sur le lieu de travail et par le dépistage, le diagnostic précoce et la surveillance des personnes exposées. A l'époque de Gallé, même si celui-ci se souciait des conditions de travail comme nous l'avons précédemment évoqué, ces pathologies professionnelles et leur physiopathologie n'étaient pas ou peu connues.

Devant la symptomatologie, les éléments para-cliniques que nous connaissons et l'évolution de la maladie de Gallé, certaines pathologies peuvent être retenues :

- l'anémie aplasique se transformant en leucémie, due à l'arsenic
- l'anémie sidéroblastique due au minium peut également évoluer avec une transformation leucémique
- l'urane, substance radioactive, peut être à l'origine de néoplasies hématologiques.

Par contre, les intoxications au manganèse, au cuivre, à la silice et au beryllium ne nous semblent pas expliquer cette évolution chronique d'une anémie ni sa transformation leucémique.

L'arsenic, le minium et l'urane employés dans la fabrication des verreries dans les ateliers de Gallé, ont-ils été responsables, tout du moins en partie, de la maladie et du décès de celui-ci ?

Il ne sera pas redondant d'affirmer une fois de plus que nous n'aurons jamais de certitude concernant la maladie à l'origine du décès d'Emile Gallé mais que notre travail s'intéresse à envisager les différents diagnostics qui peuvent être évoqués selon les éléments (peu nombreux) dont nous disposons à ce jour.

Or un de ces éléments nous permet de discuter de la responsabilité des produits toxiques incriminés. Il s'agit du fait que le bureau d'Emile Gallé était situé à distance des ateliers de verrerie [LE T2]. Même si celui-ci s'y rendait fréquemment afin de suivre la réalisation de ses œuvres, nous pouvons supposer qu'il n'y était pas en permanence, hormis peut-être avant les Expositions Universelles où il était probablement, à ces moments, plus présent sur les lieux de production.

Ceci nous fait donc penser que, dans la maladie de Gallé, la responsabilité des produits toxiques utilisés est assez peu probable, même si nous ne pouvons formellement l'éliminer : Gallé n'était pas constamment présent dans les ateliers et son exposition aux différentes substances toxiques n'était pas assez fréquente ou ancienne. Il aurait été intéressant de pouvoir retrouver les causes et conditions de décès des ouvriers de la verrerie afin d'établir une comparaison,

ceux-ci étaient en effet beaucoup plus exposés aux risques toxiques que Gallé. Nous n'avons pu cependant obtenir, par nos recherches, ces renseignements.

B. PATHOLOGIE PULMONAIRE

Nous avons signalé précédemment Françoise-Thérèse Charpentier évoquant la polémique des médecins de Gallé qui tergiversaient entre un problème pulmonaire et l'anémie.

Nous rappelons ici la toux présentée par Emile Gallé à la suite de la conception en un temps record de la table *Flore de Lorraine*. Cette toux a été considérée par la famille Gallé comme le début de la dégradation de l'état de santé de l'illustre verrier.

Nous ne pouvons pas ne pas envisager la possibilité d'une tuberculose. Cette nosologie est connue depuis très longtemps puisque certains écrits d'Hippocrate ou d'Avicenne font des descriptions de ce que l'on ne peut interpréter que comme une phtisie. Mais c'est seulement à partir du 18^{ème} siècle que la maladie est considérée à part entière, que le tubercule est découvert. Grâce à quelques médecins dont Laënnec fait partie, les diverses formes cliniques sont individualisées. La fin du 19^{ème} et le début du 20^{ème} siècles vont permettre une meilleure connaissance de la maladie en même temps que le développement épidémique de la tuberculose s'affirme.

En Lorraine, Antoine Villemin [GRI] sera le premier à démontrer la contagion de la tuberculose bien avant la découverte de son agent responsable. Le Professeur Paul Spillmann fondera en 1900 l'Oeuvre Lorraine des Tuberculeux.

La tuberculose est donc bien connue à l'époque de Gallé.

Celui-ci a-t-il contracté la maladie ? La toux qu'il présente à partir de 1893 est-elle un des symptômes d'une atteinte tuberculeuse ? Son asthénie grandissante apporte un argument supplémentaire en faveur de ce diagnostic. Son anémie est-elle le signe d'une tuberculose médullaire ? Celle-ci, par atteinte des organes hématopoïétiques, entraîne une splénomégalie avec ou sans hépatomégalie, des adénopathies périphériques, parfois un purpura et surtout une pancytopénie et une myélémie [PIL].

L'anémie de Gallé faisait-elle partie d'une pancytopénie due à une tuberculose médullaire ? Existait-il une myélémie ?

Nous pensons que cette hypothèse diagnostique de tuberculose médullaire ne peut être retenue. En effet, les médecins contemporains de Gallé connaissaient cette pathologie et en auraient fait certainement le diagnostic. D'autre part, cette notion de leucémie à la fin de la vie de Gallé n'a pu être confondue avec une simple myélémie. Nous avons précédemment signalé la première découverte de cellules leucémiques par Donné en 1839, puis Virchow en 1847. A la fin du 19^{ème} siècle, les médecins savent différencier les cellules

sanguines et en particulier reconnaître les cellules leucémiques. La myélémie de la tuberculose médullaire n'a donc pu être confondue avec une leucémie.

Enfin, l'évolution cyclique avec des phases d'accalmie et d'aggravation ne coïncide pas avec la marche d'une tuberculose, d'autant plus une tuberculose médullaire.

Peut-on alors suggérer d'autres pathologies pulmonaires ? Nous pouvons évoquer un carcinome broncho-pulmonaire qui aurait présenté des métastases osseuses médullaires entraînant la libération de cellules anormales de la lignée sanguine. Mais là encore, cette hypothèse ne peut être soutenue. En effet, Gallé aurait présenté probablement d'autres symptômes qu'une toux (hémoptysie, dyspnée, ...), par ailleurs, l'évolution n'aurait pas suivi cet aspect sinusoïdal et, fait important, la survie à 5 ans est inférieure à 10 %, ce qui ne concorde pas avec la durée d'évolution supposée de la maladie de Gallé (environ 10 ans).

Au vu des renseignements dont nous disposons et à travers ces deux exemples, l'origine pulmonaire de la maladie de Gallé nous paraît donc peu vraisemblable.

C. PATHOLOGIE HEMATOLOGIQUE

*« le temps s'écoule comme si mon sang s'en allait »
Emile Gallé*

1) Anémie pernicieuse

L'anémie pernicieuse diagnostiquée par les médecins de Gallé est aussi appelée maladie de Biermer, décrite par T. Addison puis Biermer en 1868-1872 [BER2]. Il s'agit d'une malabsorption de la vitamine B12 à la suite d'un tarissement de la sécrétion de facteur intrinsèque par les cellules pariétales gastriques. C'est une affection auto-immune souvent associée à d'autres pathologies auto-immunes telles que : diabète, thyroïdite, vitiligo, Sjögren, myasthénie, insuffisance surrénalienne, anémie hémolytique ou purpura thrombopénique auto-immun.

Le début insidieux présente des signes hématologiques, neurologiques, digestifs. La numération sanguine fait apparaître une anémie normochrome, macrocytaire, arégénérative, souvent associée de leuconéutropénie et thrombopénie.

L'évolution sans traitement observe une aggravation de l'ensemble des signes et l'apparition d'une sclérose combinée de la moelle associant un syndrome pyramidal à un syndrome sensitif profond, liés à une dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux de la moelle épinière.

Par ailleurs, l'existence d'une gastrite biermérienne peut faire le lit du néoplasme gastrique.

A notre connaissance, Gallé ne présentait aucune symptomatologie pouvant évoquer une sclérose combinée de la moelle. Par ailleurs, l'évolution de l'anémie pernicieuse ne se fait pas vers la leucémie.

Cependant, devant le risque accru d'adénocarcinome gastrique, nous pouvons nous demander si Gallé n'a pas présenté une anémie pernicieuse se compliquant de néoplasme de l'estomac qui aurait pu, par une réaction leucémoïde à métastases médullaires, faire poser le diagnostic de leucémie. S'il est vrai qu'actuellement cette complication néoplasique gastrique s'observe rarement dans la maladie de Biermer, à l'époque de Gallé la fréquence des néoplasies de l'estomac est beaucoup plus grande.

Nous pourrions objecter à ces réflexions que dans le cas d'un adénocarcinome de l'estomac, Gallé aurait dû présenter une symptomatologie fonctionnelle digestive de manière plus évidente (douleurs épigastriques, vomissements, éventuellement dysphagie) ou aurait pu présenter une complication aiguë (perforation, hémorragie). Mais il arrive parfois que le néoplasme reste « silencieux » et ne s'exprime que par ses métastases (dans ce cas médullaires).

Par ailleurs, Gallé, nous l'avons vu, était « fragile des intestins » et présentait une entérite. S'agissait-il de diarrhées qui sont présentes chez un tiers des patients atteints de néoplasme de l'estomac ?

Une dernière remarque concerne la fin de vie de Gallé où celui-ci écrit que manger lui est pénible au point d'en rêver la nuit. Peut-on le comprendre comme un élément témoignant d'une pathologie néoplasique gastrique ? comme d'une dysphagie ?

Nous pensons donc possible que Gallé ait présenté une anémie de Biermer, compliquée d'un néoplasme gastrique à métastases médullaires.

2) Orientation diagnostique devant une anémie

*« Physicians should regard the discovery of anemia in a patient as a challenge.
Anemia is a manifestation of disease, not a disease in itself. »*
Wintrobe's Clinical Hematology [WIN]

L'anémie est une entité particulière par le fait qu'à partir d'un raisonnement méthodique concernant ses caractéristiques biologiques, de nombreuses étiologies peuvent être évoquées. Ces différentes caractéristiques nous sont révélées par le laboratoire, primordial dans le domaine de l'hématologie. Malheureusement nous ne savons pas de quel type était l'anémie de Gallé. Était-elle régénérative ? Macrocytaire ? Normocytaire ? En nous référant cependant aux quelques données dont nous disposons, nous allons tenter de suggérer plusieurs hypothèses concernant cette anémie. Nous nous aiderons pour cette démarche du schéma d'orientation diagnostique devant une anémie, situé en annexe [annexe 5].

Nous éliminons immédiatement de notre propos les anémies régénératives dont les anémies aiguës hémorragiques et les anémies hémolytiques ; de même dans les anémies arégénératives, nous ne parlerons pas des anémies macrocytaires et microcytaires. En effet leur installation, leur symptomatologie ou leur évolution ne correspondent pas à celles qu'a présentées Gallé.

Concernant les anémies arégénératives normocytaires, nous ne discuterons que des étiologies associées à une anomalie médullaire qui nous paraissent envisageables au vu des renseignements dont nous disposons au sujet de la maladie de Gallé.

a) Erythroblastopénies chroniques

Les érythroblastopénies chroniques sont des pathologies acquises. Elles peuvent être associées à un thymome, une leucémie lymphoïde chronique, des maladies auto-immunes, un lupus érythémateux disséminé, une polyarthrite rhumatoïde, une hypothyroïdie ou encore des infections virales.

Dans la forme idiopathique, deux mécanismes peuvent être évoqués à leur origine :

- immunologique (majoritaire) : ont été cités le rôle d'anticorps anti-érythropoïétine, des cellules T ou encore des cellules NK
- par anomalie intrinsèque des progéniteurs myéloïdes (évoqué dès 1922) (une anomalie du caryotype (5q⁻) a été mise en évidence).

Elles s'observent principalement chez l'adulte de plus de 60 ans (mais peuvent survenir également chez le sujet jeune). La symptomatologie est celle d'un syndrome anémique, anémie retrouvée au niveau de la numération de type normocytaire, normochrome parfois discrètement macrocytaire, associée à un taux de réticulocytes effondrés (inférieur à 5.10^9 /l [FEN]). Les globules blancs sont en quantité normale de même que les plaquettes qui sont parfois légèrement augmentées. Le myélogramme fait apparaître l'absence de lignée érythroblastique alors que la lignée granuleuse et les mégacaryocytes sont présents.

L'évolution de la forme idiopathique, principalement liée à une anomalie du caryotype, peut voir survenir secondairement une myélodysplasie [BER1], une leucémie aiguë myéloïde [BER1, DREY] ou une leucémie myélomonocytaire chronique [FEN] de manière spontanée indépendamment des effets secondaires du traitement. Celui-ci est à visée immunosuppressive.

Cette pathologie peut être retenue comme hypothèse de diagnostic de la maladie de Gallé ; en effet, elle remplit les différents critères que nous avons découvert, à savoir : une anémie évoluant de manière chronique avant une transformation leucémique ; d'autre part, l'épidémiologie est concordante en ce qui concerne l'âge moyen de survenue.

b) Anémie sidéroblastique idiopathique acquise (ASIA)

La révélation d'une ASIA survient après 40 ans [DREY] ou 50 ans [BER1].

Le diagnostic repose sur :

- l'existence d'une anémie normocytaire ou macrocytaire, normochrome, arégénérative.
- associée à une érythroblastose médullaire (supérieure à 40 %), la présence à la coloration de Perls d'une sidéroblastose (30 à 90 % des érythroblastes), avec plus de 15 % de sidéroblastes en couronne.
- une sidérémie plus ou moins augmentée, une hyperbilirubinémie libre discrète, des leucocytes et plaquettes souvent normaux.

L'origine physiopathologique est une anomalie du métabolisme enzymatique de l'hème, plusieurs équipes travaillent actuellement de façon plus approfondie sur l'ADN mitochondrial et ses mutations [FEN].

L'évolution est longtemps stable puisque la médiane de survie est de 8 à 15 ans [DREY], évoluant dans 5 à 20 % des cas vers une leucémie aiguë terminale surtout myéloblastique, parfois vers une leucémie myélomonocytaire subaiguë ou une leucémie myéloïde chronique atypique.

Ceci nous semble donc compatible avec le cas d'Emile Gallé.

c) Anémie réfractaire simple (ARS) sans excès de blastes

L'ARS sans excès de blastes est une nosologie peu fréquente qui affecte le sujet de plus de 50 ans. La durée moyenne de survie est de 32 à 50 mois [DREY], l'évolution peut se faire vers l'hémochromatose, l'insuffisance médullaire globale de plus en plus grave ou vers la leucémie aiguë.

L'ARS peut être idiopathique ou secondaire à des expositions au benzène, aux radiations, à des traitements alkylants. La numération sanguine met en évidence une anémie constante normocytaire ou macrocytaire normochrome arégénérative isolée ou associée inconstamment à une leucopénie et une thrombopénie.

La moelle osseuse est riche sur le myélogramme où la blastose médullaire est inférieure à 5 %. Des sidéroblastes « intermédiaires » (5 grains de fer ou plus dispersés dans le cytoplasme de plus de 15 % des érythroblastes [DREY]), un excès possible de mégacaryocytes [DREY] et parfois des anomalies quantitatives discrètes de la lignée granulocytaire [DREY] peuvent orienter le diagnostic.

La durée d'évolution moyenne (32 à 50 mois) de l'ARS ne nous paraît pas correspondre avec la maladie de Gallé, si, comme nous le supposons, celle-ci a duré sur une période d'environ 10 ans.

Nous ne retiendrons pas cette hypothèse diagnostique.

d) Anémie réfractaire avec excès de blastes (AREB).

L'AREB est la forme la plus fréquente des anémies réfractaires ; une légère prédominance masculine est observée chez les sujets atteints. Elle peut survenir à partir de 40 ans.

Il existe une anémie normocytaire normochrome arégénérative et dans deux tiers des cas une leucopénie ou une thrombopénie associées donnant une bicytopenie ou une pancytopenie d'emblée.

Il existe parfois des formes jeunes atypiques au niveau du sang, toujours inférieures à 5 %. Le myélogramme met en évidence une blastose médullaire inférieure à 20 %. La ponction biopsie osseuse peut retrouver une fibrose médullaire.

Le pronostic est variable et l'évolution va de quelques mois à deux ans vers le décès par la voie soit d'une insuffisance médullaire profonde, soit d'une leucémie aiguë myéloblastique.

Quant à l'AREB-T ou AREB en transformation, il s'agit de la forme de passage vers la leucémie aiguë. Elle est caractérisée par une blastose médullaire entre 20 et 30%.

Nous ne retiendrons pas l'AREB comme hypothèse diagnostique. En effet, si l'anémie est mentionnée pour la première fois le 7/09/1903 par Gallé dans ses lettres, nous avons relevé que, quelques années avant cette date, sa santé est

dégradée, témoignant de l'antériorité de la maladie. De cela il découle que la durée d'évolution a été supérieure à 2 ans, voire 10 (si l'on retient l'année 1893 comme début de maladie), ce qui, au vu de l'évolution d'une AREB (en moyenne quelques mois à 2 ans) semble peu concordant.

e) Myélome multiple (MM)

Le myélome multiple ou maladie de Kahler atteint les sujets âgés de 60 ans en moyenne (lors du diagnostic) mais chez moins de 2 % des patients, l'âge du diagnostic est de 40 à 50 ans (dans le cadre du plasmocytome solitaire, par exemple).

C'est une maladie rare dont l'incidence est de $1/10^5$ habitants / an.

Il s'agit d'une prolifération médullaire maligne de plasmocytes pouvant sécréter une immunoglobuline monoclonale [LEF].

Bien que nos recherches n'aient pas mis en évidence de douleurs osseuses chez Gallé, alors que celles-ci sont très fréquentes dans cette pathologie, les circonstances de diagnostic de la maladie de Kahler sont variées ainsi que les manifestations hématologiques.

Aussi, nous allons aborder ci-après trois points qui nous ont paru intéressants.

Tout d'abord, Emile Gallé décrit (une seule fois) des troubles visuels (cité par F.-T. Charpentier [CHAR4]). Rappelons également F.-T. Charpentier

décrivant Gallé atteint de « très fort mal de tête ». S'agit-il de symptômes évoluant dans le cadre d'un syndrome d'hyperviscosité ?

D'autre part, il est retrouvé dans le MM une numération sanguine le plus souvent normale au moment du diagnostic puis une anémie ce qui pourrait concorder avec nos données dans la maladie de Gallé.

Enfin, le MM peut évoluer, bien que très rarement, vers une leucémie à plasmocytes. La survenue simultanée d'une leucémie aiguë myéloblastique est parfois observée. La médiane de survie du myélome est à 3 ans.

Cette hypothèse diagnostique nous semble cependant moins vraisemblable du fait de l'ensemble du tableau clinique, de l'évolution et de la médiane de survie.

f) Lymphome Malin non Hodgkinien (LNH)

Nous avons choisi, dans ce paragraphe, de suggérer certaines formes de LNH qui pourraient concorder avec la maladie de Gallé.

Auparavant, rappelons une définition des LNH. Ce terme désigne une prolifération monoclonale maligne de cellules lymphoïdes au niveau des organes lymphoïdes mais également au niveau de territoires non lymphoïdes.

Devant la symptomatologie de Gallé et a priori l'absence d'adénopathies superficielles (non décrites par Gallé, non constatées -au niveau cervical

seulement- sur les photographies d'époque, [DOCUMENT2]), nous pouvons proposer comme hypothèses :

- soit un lymphome à prolifération ganglionnaire profonde (médiastinale ou intra-abdominale)
- soit un lymphome extra-nodal ou primitif quelconque (digestif, splénique,...).

Dans les deux cas, l'association à un envahissement médullaire fera apparaître, rarement, des cellules lymphomateuses. Celles-ci auraient pu être considérées comme leucémiques par les médecins de l'époque. En effet, la lecture du Précis d'Hématologie et Cytologie de H. Georges [GEO] édité en 1903, ne permet pas de relever le signalement de ce type de cellules.

Par ailleurs, il existe des tableaux cliniques où l'anémie associée à une altération de l'état général sont les seuls points d'appel préluant à la découverte d'un LNH, celui-ci pouvant être dans ce cas de localisation médullaire isolée.

Nous retiendrons donc cette hypothèse diagnostique comme possible dans la maladie de Gallé.

g) Maladie de Hodgkin (MH)

C'est une prolifération maligne du tissu lymphoïde caractérisée par :

- une destruction de l'architecture ganglionnaire

- la présence de cellules de Reed-Sternberg (découvertes pour la première fois en 1858 par Paltauf et Sternberg)
- une réaction cellulaire associée de type granulome inflammatoire non tumoral et parfois une sclérose.

Le terrain est l'adulte jeune de 18-30 ans mais il existe un pic de fréquence vers 50 ans. Plusieurs tableaux cliniques permettent d'orienter la découverte d'une MH. Ceux qui nous intéressent sont au nombre de deux.

Premièrement, le tableau de manifestations viscérales isolées peut être évoqué. La localisation est alors variable :

- pleuropulmonaire occasionnant des épanchements pleuraux à répétition, ou témoignant d'une localisation pulmonaire stricte, les deux étant presque toujours associées à des adénopathies médiastinales
- abdominale : adénopathies intra-abdominales entraînant des troubles digestifs, localisations gastriques, localisations intestinales.

Deuxièmement, peut être évoqué le diagnostic de MH devant une fièvre isolée continue qui est alors associée à un amaigrissement, parfois des sueurs et un prurit.

La numération sanguine retrouve une polynucléose neutrophile, une thrombocytose, des signes d'inflammation, une anémie inflammatoire ou auto-immune (rare).

L'extension médullaire (d'emblée dans 15 % des cas) ne s'accompagne généralement d'aucune manifestation sanguine hormis dans les formes d'emblée généralisées de la MH où il existe alors une pancytopénie.

Ces deux tableaux et l'extension médullaire auraient pu correspondre à la maladie de Gallé, mais dans aucun cas, une anémie isolée évoluant cycliquement n'aurait été retrouvée. Nous ne retiendrons donc pas ce diagnostic.

h) Splénomégalie Myéloïde (SM)

La SM fait partie des syndromes myéloprolifératifs. Elle est observée habituellement après l'âge de 50 ans. Une fibrose médullaire importante la caractérise ainsi qu'une métaplasie myéloïde de la rate donnant lieu à une augmentation de son volume.

Il existe un temps de latence long entre le début de la maladie et le diagnostic, la splénomégalie étant alors le seul signe clinique. Puis seront diagnostiqués un syndrome anémique ou des complications. Le tableau clinique associant perte de poids, fatigue et anémie est un des modes de diagnostic.

La SM évolue en deux phases. Initialement une phase myéloproliférative peut comporter une hyperleucocytose (moins importante cependant que celle de la LMC et inconstante), parfois une polyglobulie ou une thrombocytémie et surtout une myélémie. Secondairement, après évolution (mais parfois d'emblée), le tableau d'insuffisance médullaire est prédominant dû à une myélofibrose

importante. La biopsie ostéomédullaire est indispensable au diagnostic en affirmant la myélofibrose. La cytogénétique et la biologie moléculaire éliminent la présence d'un chromosome Philadelphie et la translocation bcr-abl, éliminant ainsi le diagnostic de LMC.

Dans les complications nous notons [DREY] :

- pancytopénie et ses complications
- hépatopathie et hypertension portale liée à la splénomégalie
- insuffisance cardiaque (hémodilution, cardiopathie ischémique)
- infarctus splénique

mais surtout l'évolution peut se faire par transformation en leucémie aiguë (acutisation) qui intéresse 25 % des patients [LEF] et dont le pronostic est très défavorable. La survie à une SM est de 1 à 15 ans, la médiane étant à 5 ans.

Cette hypothèse nous paraît peu probable mais possible. En effet, les perturbations de la numération sanguine (hyperleucocytose, myélémie, thrombocytémie...) n'auraient pas été diagnostiquées par les médecins de Gallé contrairement à l'anémie ? Ceci nous semble peu vraisemblable. Par ailleurs, il existe des formes rares de SM avec anémie initiale, ce qui ne nous permet pas d'exclure ce diagnostic bien qu'il soit peu probable.

D. SYNTHÈSE DES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

A partir de ces réflexions sur la maladie d'Emile Gallé, les connaissances médicales actuelles nous permettent de suggérer quelques hypothèses diagnostiques, et ce, malgré le peu de renseignements clinico-biologiques.

Les pathologies en rapport avec la production de verre et le risque vis-à-vis des composés toxiques employés ainsi que les pathologies pulmonaires ne nous paraissent pas à retenir comme cause possible, de même en ce qui concerne les anémies réfractaires simples, les anémies réfractaires avec excès de blastes, le myélome multiple et la maladie de Hodgkin.

Par contre, les pathologies qui nous semblent pouvoir correspondre à la maladie de Gallé sont : l'anémie pernicieuse compliquée de néoplasme gastrique avec métastase médullaire, l'érythroblastopénie chronique acquise idiopathique, l'anémie sidéroblastique idiopathique acquise, le lymphome non Hodgkinien dans certaines de ses formes (forme ganglionnaire profonde avec envahissement médullaire, forme avec primitif extra-nodal et envahissement médullaire, forme à localisation médullaire isolée), la splénomégalie myéloïde avec anémie.

Les trois hypothèses diagnostiques principales à retenir en fonction de leur épidémiologie sont à notre avis celles de l'anémie pernicieuse, de l'anémie sidéroblastique idiopathique acquise et du lymphome non Hodgkinien.

CONCLUSION

La maladie d'Emile Gallé est un sujet peu abordé dans les ouvrages retraçant sa vie. C'est pourtant elle qui, cheminant avec l'œuvre du verrier et influant probablement son art, va être cause de son décès prématuré à cinquante-huit ans. Il est vrai qu'il existe peu d'archives concernant cette maladie : absence de dossier médical, de témoignage précis hormis celui, involontaire, de Gallé lui-même au travers de sa correspondance avec son ami Roger Marx. Par ailleurs nous n'avons pas retrouvé de traces écrites du passage de Gallé dans les différents lieux de soins fréquentés. Quant aux documents familiaux ou privés connus, ils n'apportent pas d'information contributive à l'élaboration d'un diagnostic.

Ainsi nous avons édifié notre travail essentiellement à partir des témoignages des contemporains du verrier, de celui de Françoise-Thérèse Charpentier et de la correspondance d'Emile Gallé avec Roger Marx. Cette dernière nous a permis de relever les symptômes les plus fréquents présentés par Gallé à savoir asthénie, surmenage et anémie. Nous avons mis en évidence à l'aide d'une étude de la bibliographie que le diagnostic fait par les médecins suisses à la fin de sa vie a été celui de leucémie. Les médecins consultés, tout d'abord nancéiens tels Weiss et Bernheim, puis luxembourgeois et suisses, avaient successivement selon l'évolution de la maladie évoqué un surmenage, une neurasthénie, une pathologie pulmonaire, une anémie pernicieuse puis la leucémie.

Nous avons proposé dans ce travail quelques réflexions en partant de ces éléments. A la lumière des connaissances actuelles, les hypothèses diagnostiques les plus probables nous paraissent être : une anémie pernicieuse compliquée de néoplasme gastrique avec métastases médullaires, une anémie sidéroblastique idiopathique acquise, un lymphome malin non Hodgkinien extra-nodal ou profond avec envahissement médullaire sinon de localisation médullaire isolée.

La responsabilité des produits toxiques utilisés par les ateliers des établissements Gallé dans la maladie de celui-ci, même si nous ne pouvons l'exclure, ne nous paraît pas à retenir du fait de la faible exposition du verrier à leur action.

De même une étiologie pulmonaire n'apparaît pas compatible avec la symptomatologie et l'évolution présentées.

Enfin retenons le fait qu'en l'absence d'éléments clinico-biologiques, nous n'aurons probablement jamais de certitude diagnostique concernant la maladie d'Emile Gallé.

Malgré les maux physiques et psychiques consécutifs à cette maladie dont l'issue sera fatale pour Emile Gallé, nous pouvons cependant affirmer que la chrysalide malade aura été un magnifique papillon.



BIBLIOGRAFIJE



- AND ANDRAL G.
Essai d'Hématologie Pathologique.
Paris : Fortin, Masson & Cie, 1843 186p.
- BER1 BERNARD J., LEVY J.-P., VARET B., CLAUVEL J.-P., RAIN J.-D.,
SULTAN Y.
Hématologie. (9^{ème} édition)
Paris : Masson, 1971, 1998. 352 p. (Abrégés)
- BER2 BERNARD J.
Le sang des hommes.
Paris : Edition Buchet Chastel, 1981. 224 p.
- BER3 BERNARD J., BESSIS M., BINET J.-L.
Histoire illustrée de l'hématologie de l'Antiquité à nos jours.
Paris : Editions Roger Dacosta, 1992. 279 p.
- BERN BERNHEIM H.
Observation d'anémie pernicieuse progressive puerpérale.
In : Revue Médicale de l'Est, 1879, p687.
- BOR BORGE J. et VIASNOFF N.
Archives de Lorraine.
Edition Michèle Trinckvel, 1994. 236p.
- BOT BOTANIQUE LORRAINE
Bulletin de l'Association des Amis des Conservatoires et Jardins Botaniques de
Nancy.
N° spécial 2000. Année Ecole de Nancy. 84p.
Texte des conférences prononcées du 27 avril au 6 juillet 1999 dans le cadre de
l'exposition Flore de Lorraine.
- BOURG BOURGOGNE M.
Lettre, date inconnue.
Archives privées.
- BSAE BULLETIN DES SOCIETES ARTISTIQUES DE L'EST.
Nécrologie, n° 10, Oct. 1904.

- CAST CASTIGLIONI
Histoire de la Médecine.
Paris : Edition Payot, 1931. 781p.
- CHAR1 CHARPENTIER F.-T.
Emile Gallé – Roger Marx, Correspondance (1882-1904), présentée et annotée
par F.-T. Charpentier.
Document ronéotypé.
Bibliothèque de l'Université de Nancy 2, s.d. 612 p.
- CHAR2 CHARPENTIER F.-T.
Emile Gallé.
Nancy : Service des publications Université de Nancy II, 1978. 123p.
- CHAR3 CHARPENTIER F.-T.
Emile Gallé, une personnalité moderne.
Art Nouveau L'Ecole de Nancy.
Paris : Editions Denoël et Serpenoise, 1987. p67-117
- CHAR4 CHARPENTIER F.-T.
L'Ecole de Nancy et le renouveau de l'Art Décoratif en France.
Médecine de France, juillet 1964. p17-32.
- CHAR5 CHARPENTIER F.-T.
Mythes et modes dans l'art de Gallé.
Gallé, catalogue de l'exposition du musée du Luxembourg, Paris 1985
Paris : Réunion des Musées Nationaux, 1985. 320p.
- CHAR6 CHARPENTIER F.-T.
Remarques sur les premières biographies de Gallé parues de son temps.
Archives de l'Art Français, 1978, nouvelle période tome XXV.
Paris : F.de Nobeles, 1978. p419-431.
- CHAR7 CHARPENTIER F.-T.
L'art de Gallé a-t-il été influencé par Baudelaire ?
Archives de l'Art Français, t. 25, p419-432.
Paris : F. de Nobeles, 1978.
- CHAR8 CHARPENTIER F.-T., DEBIZE C., HEROLD M., HUSSON P., PETIT B.,
PONTON B., ROTH F., THIEBAUT P.
Art Nouveau. L'Ecole de Nancy.
Paris : Edition Denoël et Serpenoise, 1987. 320p.

- CHAR9 CHARPENTIER F.-T.
L'Ecole de Nancy.
Encyclopédie Illustrée de la Lorraine. La Vie Artistique.
Nancy : Editions Serpenoise Presses Universitaires de Nancy. p218.
- CUV1 CUVELIER A.
L'Ecole Hypnologique de Nancy : 1866-1926 207p.
Thèse Méd. Nancy 1953 octobre.
- DES DESOILLE H., SHERRER J., TRUHAUT R.
Précis de Médecine du Travail. (6^{ème} édition)
Paris : Masson, 1991. 1116p.
- DREY DREYFUS B., BRETON-GORIUS J., REYES F., ROCHERT H., ROSA J.,
VERNANT J.P.
L'Hématologie de Bernard Dreyfus. (3^{ème} édition)
Paris : Flammarion, 1992. 1747p. (Médecine-Sciences)
- DYE DYEUVRE P., LEGER D.
Médecine du travail, approches de la santé au travail. (2^{ème} édition)
Paris : Masson, 1999. 305p. (Abrégés)
- DUN DUNCAN A., BARTHA (de) G.
Gallé, le verre.
Paris : Bibliothèque des Arts, 1985. 223p.
- FEN FENAUX P., DREYFUS F.
Les syndromes myélodysplasiques.
Collection FMC Hématologie SFH Société Française d'Hématologie.
Laboratoires Schering-Plough.
Paris : Editions John Libbey Eurotext, 2000. 101p.
- FON FONDS GALLE
Bibliothèque Municipale de Nancy, s.d.
- FOU1 FOURCAUD (de) L.
Emile Gallé.
Collection Les artistes de tous les temps, série D, XXème siècle.
Paris : Librairie de l'Art Ancien et Moderne, 1903. 70p.

- GAL1 GALLE E.
Ecrits pour l'Art Floriculture-Arts décoratifs-Notices d'exposition (1884-1889).
Paris : Librairie Renouard, H.Laurens Editeur, 1908. 383p.
- GAL2 GALLE E.
Le Décor symbolique, discours de réception à l'Académie de Stanislas, séance
publique du 17 mai 1900.
Nancy : Mémoires de l'Académie de Stanislas, mai 1900, 5^{ème} série, tome XVII.
- GAR GARNER P.
Emile Gallé.
Paris : Flammarion, 1990. 167p. (Art Référence)
- GARN GARNIER M., DELAMARE V.
Dictionnaire des termes techniques de médecine. (20^e édition)
Paris : Maloine S.A. éditeur, 1980. 1340p.
- GEO GEORGES H.
Précis d'Hématologie et de Cytologie.
Paris : Octave Doin Editeur, 1903. 244p.
- GER GERAUT C.
Verriers.
In : L'essentiel des pathologies professionnelles.
Paris : Edition Marketing, 1995. 431p. (Médecine du travail) p393-395.
- GONC GONCOURT E. et J.
Journée du mercredi 26 juin 1895.
In : Journal. Mémoires de la vie littéraire. Tome IV 1891- 1896.
Paris : Edition Fasquelle / Flammarion. p811.
- GONZ GONZALES J.
Initiation à l'histoire de la médecine.
Comprendre pour mieux apprendre.
Thoiry : Edition Heures de France, 1997. 191p.
- GRI GRIGNON G., CUVELIER A., GRILLIAT J.P., RIBON M., ROUILLARD J.M.
Encyclopédie Illustrée de la Lorraine.
Histoire des Sciences et Techniques. La Médecine.
Metz : Editions Serpenoise Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1933. 271p.

- GRO GROSS F.
La Faculté de Médecine de Nancy de 1872 à 1914.
Nancy : Imprimerie Berger-Levrault, 1923. 117p.
- HAG HAGUENOER J.M., FRIMAT P., BONNETERRE J., VENNIN P.
Les cancers professionnels.
Paris : Edition Lavoisier 608p. (Technique et documentation)
- HEN1 HENRIVAUX J.
Emile Gallé.
L'Art Décoratif, mars 1905, n° 78. p124-135.
- HEN2 HENRIVAUX J.
La verrerie au XXème siècle.
Paris : L.Geisler, 1911. 464p.
- HEN3 HENRIVAUX J.
Le verre et le cristal.
Suivi d'un chapitre sur la législation et l'hygiène des verreries ; Pr Riche (Ac.Méd.).
Paris : Vicq-Dunod, 1897. 1vol. in-8. 782p.
- HIN HINZELIN E.
Emile Gallé.
La Lorraine Artiste, 1905, p16-21.
- HIS HISTOIRE DE LA MEDECINE A STRASBOURG
Coordination J.Héran.
Strasbourg : Editions La Nuée Bleue, 1997. 799p.
- HOI HOIZEY D.
Histoire de la Médecine Chinoise.
Paris : Editions Payot,1988. 293p. (Médecine et société).
- HOP HOPITAL CENTRAL DE NANCY : Registres des hospitalisations.
Années 1899 à 1901.
Archives Départementales de Meurthe-et-Moselle, s.d.
- LEF LEFRERE F., LEFRERE J.J
Hématologie et transfusion.
Paris : Editions ESTEM, Editions Med-Line, 1995. 213p.(Collection Med-Line)

- LE M LE MONNIER G.
Hommage à Emile Gallé, vice-président de la Société Centrale d'Horticulture de Nancy.
Bulletin de la Société Centrale d'Horticulture de Nancy, 9 oct. 1904. p135-138.
- LE T1 LE TACON F.
Emile Gallé ou le mariage de l'art et de la science.
Paris : Edition Messene, Jean de Cousance, Editeur, 1995. 165p.
- LE T2 LE TACON F.
Les établissements Gallé. Cristalleries Emile Gallé.
1894-1994 Centenaire.
Nancy : Ville de Nancy, Saurupt-Clemenceau. 42p.
- LE T3 LE TACON F.
L'œuvre de verre d'Emile Gallé.
Paris : Edition Messene, Jean de Cousance, Editeur, 1998. 248p. (Beaux Livres)
- MAR1 MARX R.
Conférence de Monsieur Roger Marx sur Emile Gallé.
Bulletin des Sociétés Artistiques de l'Est, nov. 1904
Nancy : Imprimerie de l'Est, 1904. p195-208.
- MAR2 MARX R.
Emile Gallé, psychologie de l'artiste et synthèse de l'œuvre.
Paris : Art et Décoration, 15, août 1911. p231-252.
- MAR3 MARX R.
Maîtres d'hier et d'aujourd'hui.
Paris : Edition Calmann-Lévy, 1914. 342p.
- MAR4 MARX R.
Emile Gallé décorateur.
Paris : Revue Universelle, 15 nov. 1904. p621.
- MART MARTINET Y. ANTHOINE D.
Les maladies respiratoires d'origine professionnelle.
Paris : Masson, 1995. 283p. (Collection Médecine du travail)

- NEW NEWARK T.
Emile Gallé.
Courbevoie : Edition Soline, 1990. 127p.
- PIL PILLY E. ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE PATHOLOGIE
INFECTIEUSE ET TROPICALE
Maladies infectieuses (Edition 1994)
Montmorency : Edition 2M2, 1994. 671p.
- REU REUNION DES MUSEES NATIONAUX
Gallé.
Catalogue de l'Exposition au Musée du Luxembourg, 1985.
Paris : Réunion des Musées Nationaux, 1985. 320p.
- ROI ROISEUX J.
Carnets.
Archives privées.
- SIL SILVERMAN D. L.
L'Art Nouveau en France, politique, psychologie et style fin de siècle.
Paris : Flammarion, 1994. 384p.
- SYL SYLLABA L.
Sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse.
Archives générales de Médecine, 81^e année, tome 11, 20 sept. 1904, n° 38,
p2369-2400.
- VUI VUILLEMIN
L'Hôpital Central de 1883 à 1983.
Nancy : C.H.R. de Nancy, 1983. 306p.
- WEISS1 WEISS T.
Considérations sur quelques faits exceptionnels d'appendicite.
Extr. : Revue Médicale de l'Est, 1900. 23p. Bibliothèque Municipale de Nancy
- WEISS2 WEISS T.
Kyste sanguin du cou.
Extr. : Revue Médicale de l'Est, 1901. 11p. Bibliothèque Municipale de Nancy

- WIN WINTROBE's Clinical Hematology.
2 volumes.
Baltimore : Williams & Wilkins, 1999. 2763p.

(65 références)

Autres références consultées

- APT APTEL C., CLAUDE H., COLEY C., DAUM N., PEIFFER J., PELTRE C.,
ROBAUX P., ROUSSEL F., VIGATO J.-C.
NANCY 1900. Rayonnement de l'Art Nouveau
Thionville : Edition Gérard Klopp, 1989. 301p.
- BEA BEAUX-ARTS
Gallé le magicien du verre.
Levallois : Beaux Arts Magazine, Hors-Série année 1986
- BIN BINET J.L.
Le Sang et les Hommes.
Paris : Gallimard, 2001. 128p.
(Collection Découvertes, Sciences et techniques ; n° 32)
- BLO1 BLOCH-DERMANT J.
L'Art du verre en France 1860 – 1914.
Paris : Editions Denoël, Lausanne : Edita. 200p.
- BOUR BOUR E.
Emile Gallé
La Lorraine Artiste, 1905, janvier, n°1, p3-15.
- CLE CLEISZ A.
Emile Gallé.
Revue Chrétienne, nov. 1904, p337
- CONN1 CONNAISSANCE DES ARTS
Ecole de Nancy : verres de Gallé. 1971, juin, n° 232 p.67-70.
- CONN2 CONNAISSANCE DES ARTS
Les verres de Gallé. 1971, août, n° 234, p.19-20.
- CONN3 CONNAISSANCE DES ARTS
La cote de Gallé. 1971, n° 239, p23.

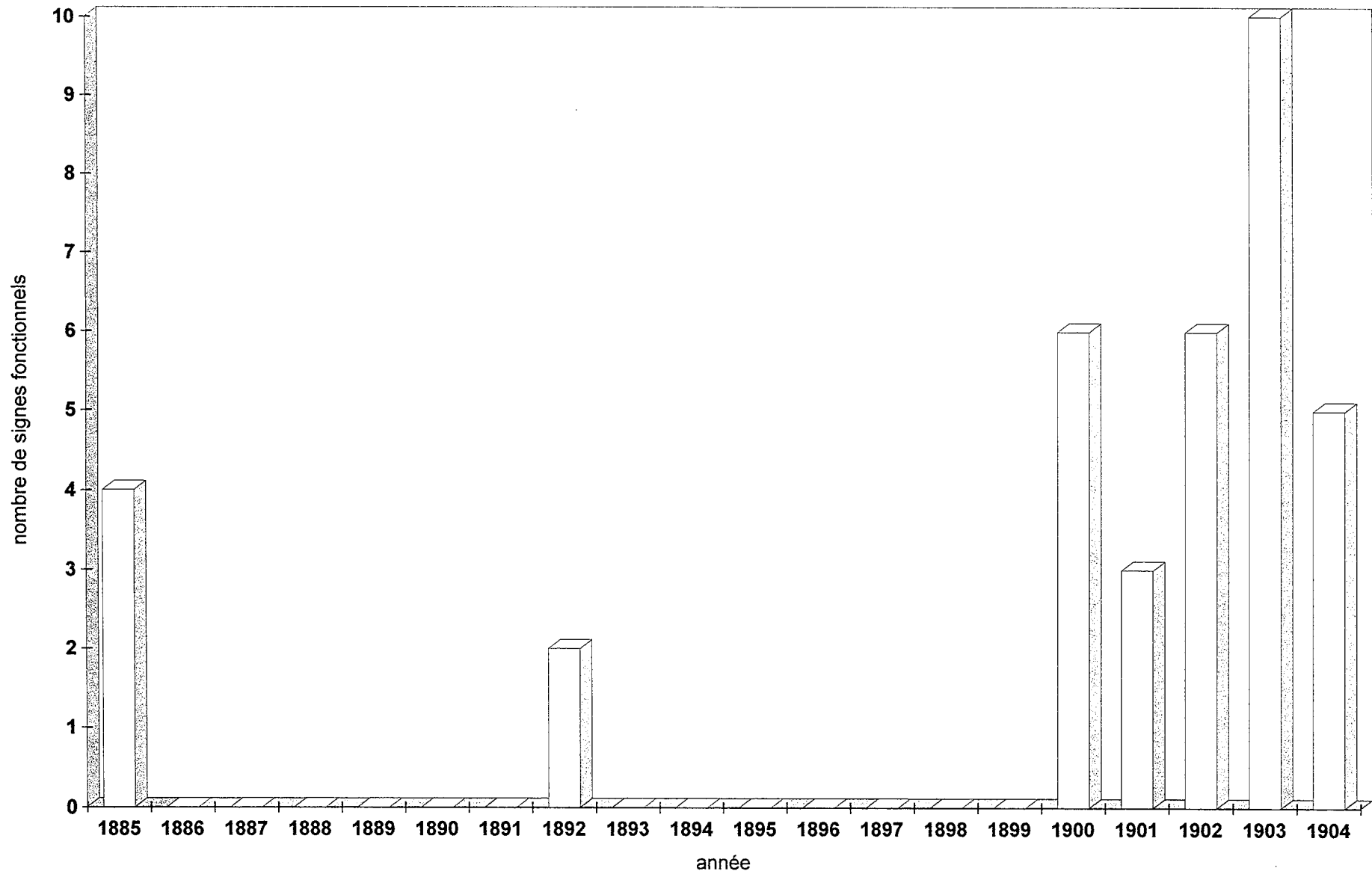
- CUV2 CUVELIER A.
Hypnose et suggestion de Liébeault à Coué.
Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1987. 147p.
- DAU DAUDET L.
Devant la douleur. Souvenirs des milieux littéraires, politiques, artistiques et médicaux de 1880 à 1905.
Paris : Nouvelle Librairie Nationale, 1915. 1vol. in-12. 303p.
- DEB1 DEBIZE C.
Guide de l'Ecole de Nancy.
Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1993. 160p.
- DEB2 DEBIZE C.
Emile Gallé et l'Ecole de Nancy.
Metz : Edition Serpenoise, 1998. 160p.
- DEM DEMORIANE H.
Le cas étrange de Monsieur Gallé.
Connaissance des Arts, 1960, août, n° 102. p55.
- FOU2 FOURCAUD (de) L.
Emile Gallé.
Revue de l'Art Ancien et Moderne, 1902, tome XII.
- GIR GIROT R.
Anémie.
La Revue du Praticien, 2001, 51, n° 10, 1129-1138.
- LIC LICHTENTHAELER C.
Histoire de la Médecine.
Paris : Edition Fayard, 1978. 612p.
- MAR5 MARX R.
L'Art Social.
Paris : Fasquelle, 1913. 1vol in-16.
- MEI MEIXMORON DE DOMBASLE M.C.
Réponse du Président M.Ch. de Meixmoron de Dombasle au récipiendaire.
Nancy : Mémoires de l'Académie de Stanislas, mai 1900, 5^{ème} série, tome XVII.
p1-25

- NICO NICOLAS E.
Emile Gallé.
Nancy : Le Pays Lorrain, 1904, n° 23. p361-368.
- PIC PICARD M.
Freud à Nancy.
Paris : Editions Autrement, 1997. 557p. (Littératures)
- POR POROT M., MIERMONT J.
Beethoven et les malentendus.
Laboratoires Geigy.
Paris : Editions Printel, Ciba-Geigy, 1986. 251p
- REY REYES F.
Les lymphomes malins non hodgkiniens.
Collection FMC Hématologie SFH Société Française d'Hématologie.
Laboratoires Schering-Plough.
Paris : Editions John Libbey Eurotext, 2000. 110p.
- SUWA MUSEE KITAZAWA DE SUWA
Gallé and Ecole de Nancy.
Catalogue de l'exposition, 1985.
Japan : Suwa, 1985. 111p.
- VAR VARENNE G.
La pensée et l'art d'Emile Gallé.
Paris : Le Mercure de France, 1910, n°86, p31-44.
- YOSH1 YOSHIMIZU T.
The Glass Arts of Emile Gallé
Japan : Edition Gakken, 1985. 311p.



ANNEXES

nombre de signes fonctionnels exprimés
par année de 1885 à 1904



Annexe 1



Annexe2

Termes employés par Gallé dans la correspondance avec Roger Marx

Symptômes	Nombre de citations
Torticolis	1
Angine	1
Toux	1
Rhinorrhée	1
Fatigue	5
Bronchite	1
Entérite aiguë	2
Sans forces	4
Insomnie	1
Fatigue nerveuse	3
Surmenage	3
Epuisement	1
Anémie	2
De mal en pis	1
Pauvres dernières énergies	1
Trop faible	1
Harassé	1

Annexe 3

Regroupement des symptômes décrits par Gallé
dans sa correspondance avec Roger Marx

Regroupement de symptômes	<u>Nombre de citations</u>	<u>Termes employés</u>
<u>ASTHENIE</u>	13	Fatigue, fatigué, grande fatigue, atrocement fatigué, sans forces, redescence des forces, nulle suffisante force, à bout de forces, épuisement, pauvres dernières énergies, trop faible, harassé
<u>ANEMIE</u>	2	Anémie
<u>SURMENAGE</u>	6	Surmenage, plus que surmené, surmené, fatigue nerveuse, usé jusqu'aux nerfs, privé des réserves de forces nerveuses
<u>ENTERITE</u>	2	Entérite aiguë, entérite
<u>INSOMNIE</u>	1	...me prive de sommeil
<u>TORTICOLIS</u>	1	Torticolis
<u>ANGINE</u>	1	Angine
<u>TOUX</u>	1	Tousser
<u>RHINORRHEE</u>	1	Moucher
<u>BRONCHITE</u>	1	Bronchite
<u>Divers</u>	7	De mal en pis, rechute, rien ne va plus, en grand délabre, pénible état, écrasé littéralement par le mal, humilié dans ma santé

Annexe 4

Produits utilisés dans la fabrication des verres

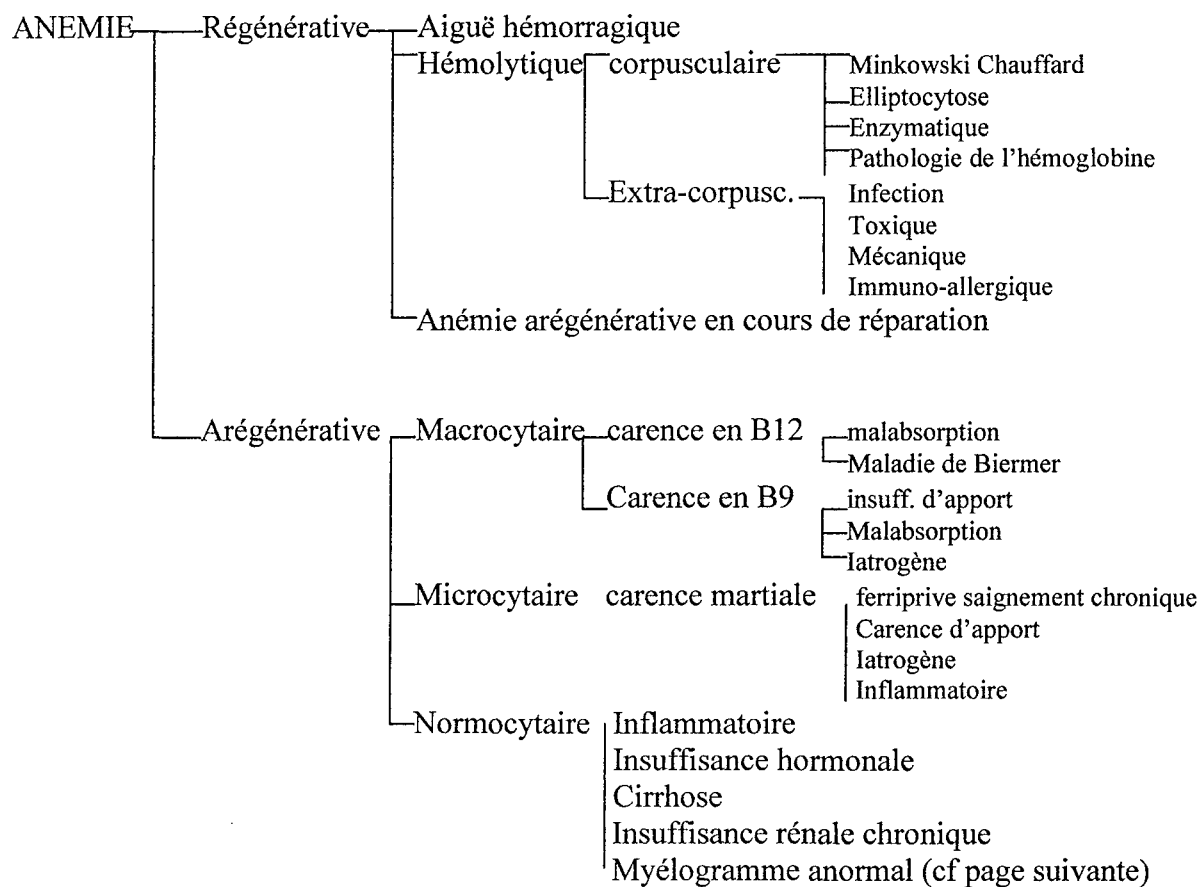
d'après les carnets de J. Roiseux

produit utilisé	nombre de citations
arsenic	50
soude	41
chaux	36
potasse : bichromate	30
minium	30
salpêtre, nitre	29
manganèse : protoxyde, peroxyde	28
graisin / groisil	21
cobalt : oxyde	20
cuivre : nitrate, rebrûlé, rouge, sulfate, carbonate, oxyde	20
antimoine : sulfure, régule, oxyde blanc	16
litharge	9
urane : nitrate, oxyde	7
fer : oxyde, paille de	7
baryte : carbonate	6
chrome : oxyde, protoxyde	5
étain : oxyde, brûlé	5
os	5
acide borique, sel borique	4
marbre	4
spath fluor	4
or	3
acide nitrique	3
argile	3
charbon de bois	2
nickel : oxyde	2
tartre rouge	2
barella	1

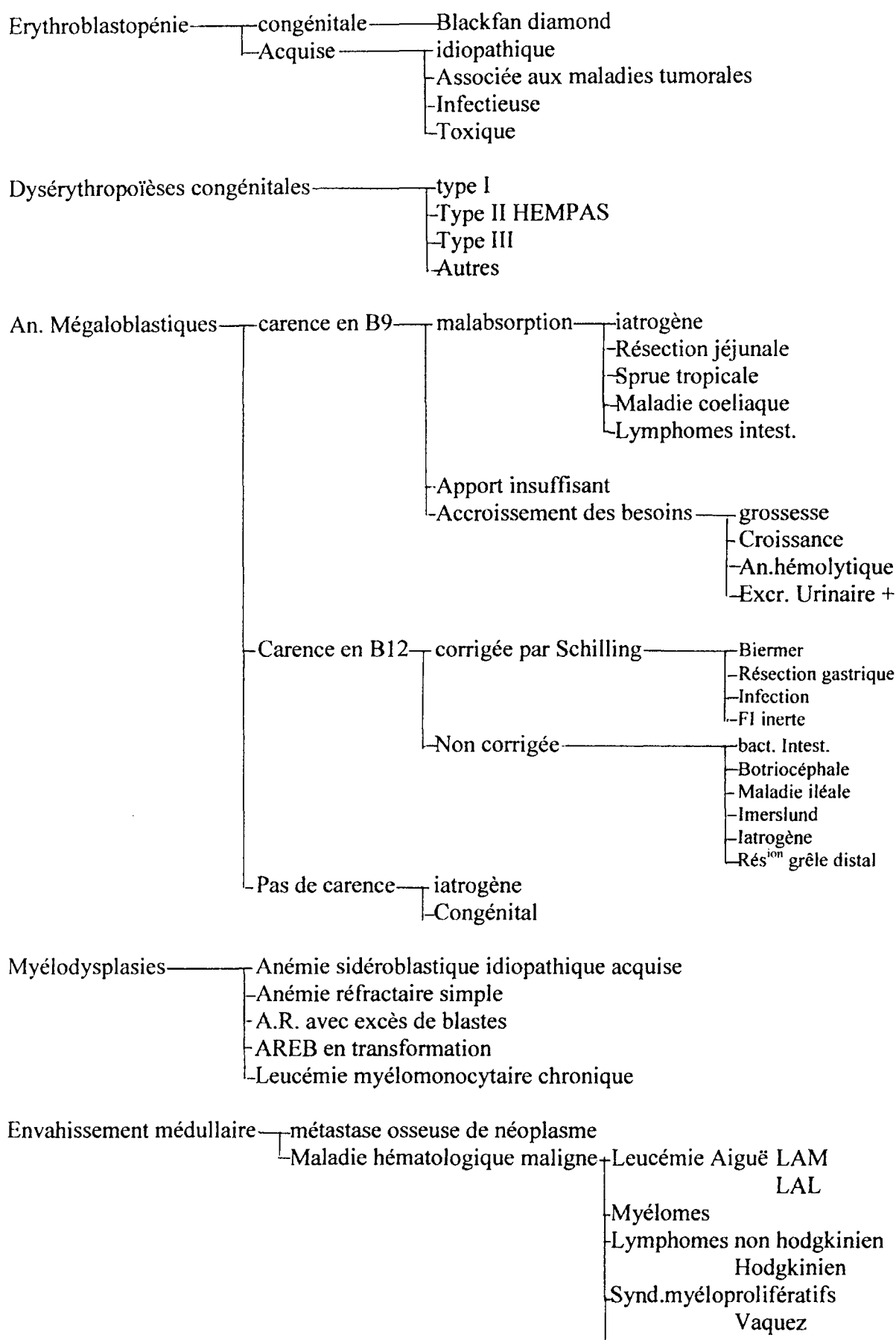
borax	1
cendre	1
argent : chlorure, oxyde	1
iridium	1
platine	1
soufre	1
limaille de laiton	1
zinc : oxyde	1
chlorhydrate d'ammoniaque	1
noix de galle	1
écorce de bouleau	1

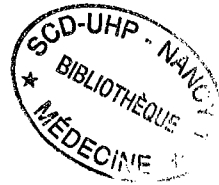
Annexe 5

Orientation diagnostique devant une anémie



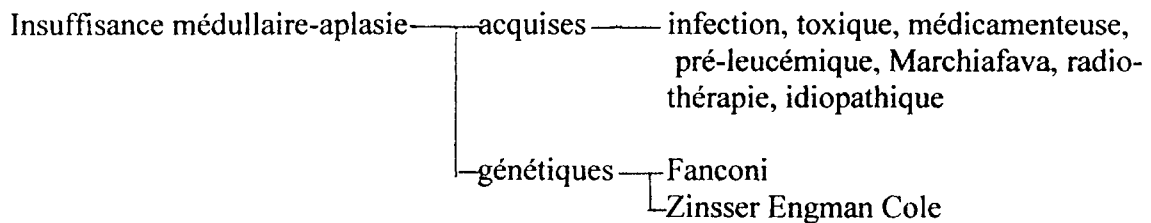
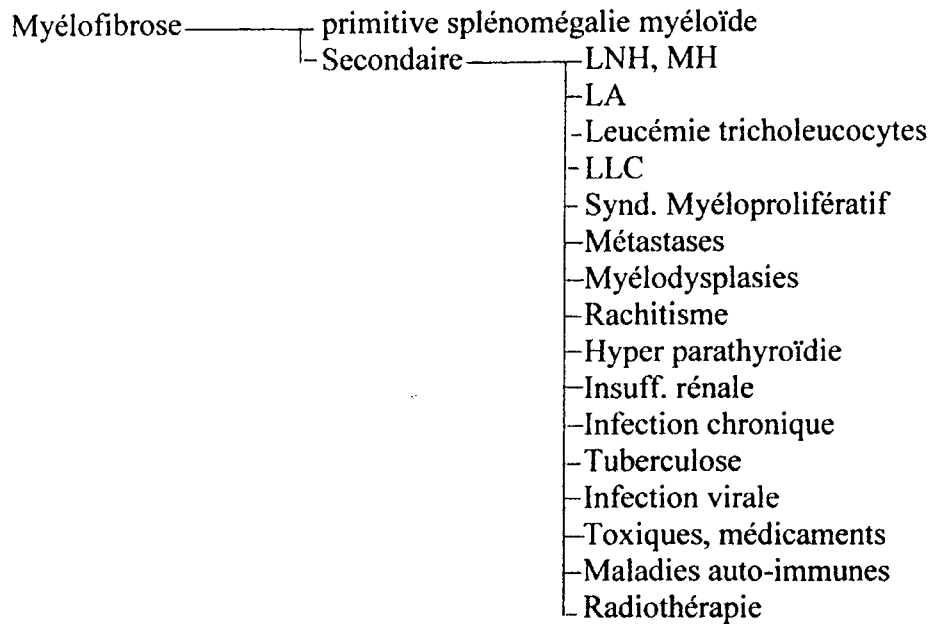
Anémie arégénérative normocytaire avec anomalie du myélogramme





Thrombocytémie
LMC
SM

L. lymphoïde chronique



DOCUMENTS



DOCUMENT 1

Extraits de la correspondance d'Emile Gallé et Roger Marx

- 26 avril 1885 « Je souffrais horriblement d'un torticolis lequel s'est dénoué en angine. Aujourd'hui cela va mieux. Cela me poursuivait tout l'hiver, ce qui ne m'a pas empêché d'aller à Berlin tousser et moucher. »
- 29 avril 1892 « je suis affreusement fatigué »
- Sans date
(juin 1892) « La fatigue de mois et de mois, [...], s'est abattue pesamment sur moi. »
« Je me suis traîné jusque chez notre père. »
- 17 juillet 1994 Je pars cette semaine, si mes forces me le permettent, chercher dans un autre genre de fatigue, le ressort qui me fait défaut en ce moment. A bientôt, n'est-ce pas ? Ne m'imitiez pas ! je veux dire : ménagez vos forces. »
- 16 janvier 1900 « Commencement [...] de bronchite
- 1^{er} mars 1900 « Je sens le temps qui s'écoule comme si mon sang s'en allait. »
- 30 juillet 1900 « Je suis sur le flanc avec une entérite aiguë, résultat physique. »
- Sans date (après
juillet 1900) « J'ai été très souffrant après ma cure et me remets mal. »
- 21 août 1900 « Il va nous falloir retourner à Plombières ! [...] hélas [...] on a bien du mal aux cheveux. »
- 3 novembre 1900 « Usé jusqu'aux nerfs ! très repris par le mal ! »
- ? 1901 « ... avant mon départ pour Plombières. [...] Atrocement fatigué et surmené. »
- 28 novembre 1901 « Bien souffrant et affolé de travail. »
« Cruel surmenage. »
- 1901 ou 1902 « Je pars pour Bussang. »
« Amélioration momentanée de mon état de santé. »

- 2 janvier 1902 « L'art est long, le temps est court. Moi je suis dans une impasse terrible, le travail me ravit mes dernières forces. »
« Ma maladie ne me permettra pas de risquer un séjour en Lombardie où la typhoïde guette les entérites. »
- 26 janvier 1902 « Grande fatigue. »
- 19 mars 1902 « La vérité vrai c'est que je donne des inquiétudes à tout mon entourage. Je n'ai plus un instant de repos. Sans ce travail, je serais parti avant la fin de février sur ordre pressant du médecin. Je suis sans forces. La moindre lettre à écrire me cause des tortures et me prive de sommeil. On me presse de partir pour plusieurs mois. » « Comment la lame use un maigre fourreau. » « Telle est la fatigue nerveuse. »
- 4 novembre 1902 « Je repars pour Luxembourg commencer mon troisième mois de clinique. Le premier ne compte pas... toujours des secousses cruelles... J'ai lieu de me louer du docteur Grechen. »
- 13 janvier 1903 « Il ne m'est pas permis encore de lire ni d'écrire. »
- 14 mars 1903 « Plus rien ne va plus. C'est une rechute momentanée mais bien douloureuse. »
« Je suis en grand délabre. »
« La redescence des forces a été prodigieuse. »
« Je voudrais bien que la vitalité me remonte encore une fois au cœur et aux lèvres. »
- 20 mai 1903 « L'état de ma santé ne me permettra pourtant pas de faire, avant longtemps le voyage à Paris. Je reprends doucement. Je commence à végéter au soleil et je ne prends de nourriture que depuis 8 jours. »
- 14 juin 1903 « cérémonie [...] en famille. »
- 18 juin 1903 « Mon pénible état. »
- 7 septembre 1903 « Croyez-vous que votre médecin me guérirait ? A la première accalmie je ferais le voyage. Pas pu exposer au Salon d'Automne à cause de cette anémie. »

- 30 septembre 1903 « Deux mots seulement d'un malade plus que surmené depuis plusieurs jours. »
« Peut-être irai-je à Paris consulter votre docteur, car je vais de mal en pis. »
- 3 novembre 1903 « Ecrasé littéralement par le mal. »
« Je ne puis en ce moment travailler que de 11 h à midi et de 5 à 7 ! Je me demande si la mort ne serait pas plus douce que cette fin anticipée. »
« J'ai eu consultation de Bernheim et Weiss. Ils ne trouvent rien ... qui motive cette anémie et des inquiétudes. »
- 1903 – 1904 ? « Vœux de l'ami malade. »
- 6 janvier 1904 « Mes soirées ternes d'hospitalisé. »
« Je ne dispose que d'une demi-heure à peine pour la correspondance, tout est réglé et appartient aux exercices du régime. »
- 4 avril 1904 « Je suis très humilié dans ma santé. »
« Je suis privé de réserves de forces nerveuses, qui ne suffisent pas à exécuter vite les ordres de mon activité cérébrale qu'un rien met encore en mouvement. »

« Je sens un assez sincère détachement de moi-même. »
« Depuis quelques mois je côtoie si souvent l'extrême bord, semble-t-il, de l'existence. »
« La lecture de votre Emile Gallé comme s'il s'agissait de quelqu'un qui n'est plus mais qui me ressemble comme en frère. »
« Ce soir je n'ai plus qu'un instant et nulle suffisante force pour vous exprimer... ». « Mes pauvres dernières énergies. »
- 15 juin 1904 « Je suis trop faible pour ... »
« Merci de toute l'âme qui peut tenir encore à ce corps désemparé. »
« Pour l'instant, je n'ai plus que ce devoir : manger, qui m'est pénible au point que j'en rêve la nuit. »
« Je suis aux mains de deux exquis médecins, Dr Dubois et Schnyder. Ma femme ne me quitte pas. »

DOCUMENT 2**Le Vase Pasteur**

Musée Pasteur, Paris

DOCUMENT 3

Aquarelle préparatoire à l'élaboration du Vase Pasteur



Collection Particulière

DOCUMENT 4

Emile Gallé en 1900



Collection particulière

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES



I.	INTRODUCTION	19
II.	SILHOUETTE D'EMILE GALLE	21
III.	ANALYSE DOCUMENTAIRE	32
	A. OUVRAGES CONCERNANT EMILE GALLE	33
	B. RECHERCHE DE DOCUMENTS ORIGINAUX	36
	1) Le témoignage d'Emile Gallé lui-même	36
	2) Archives de la famille Gallé	37
	3) Dossier médical d'Emile Gallé	37
	C. MEDECINS ET LIEUX DE SOINS	38
	1) Les professeurs Weiss et Bernheim à Nancy	38
	a) Le Professeur Weiss	38
	b) Le Professeur Bernheim	39
	2) Les cures vosgiennes	41
	3) Le Docteur Grechen à Luxembourg	42
	4) Baden-Baden	43
	5) Berne	44
IV.	HISTOIRE DE LA MALADIE D'EMILE GALLE	45
	A. ANTECEDENTS	46
	B. ORIGINES ET EVOLUTION DE LA MALADIE	47
	C. ANALYSE DE LA SYMPTOMATOLOGIE	50
	1) Le point de vue de l'entourage	50
	2) Ce qu'écrit Emile Gallé	53
	D. CONCLUSION	54

V. CONNAISSANCES MEDICALES FIN 19 ^{EME} - DEBUT 20 ^{EME} SIECLE ET DIAGNOSTICS DES MEDECINS DE GALLE	56
A. LA MEDECINE A LA FIN DU 19 ^{EME} ET AU DEBUT DU 20 ^{EME} SIECLE	57
1) Evolution générale des connaissances médicales	57
2) L'essor de l'hématologie	58
B. DIAGNOSTICS DES MEDECINS DE GALLE	63
1) Surmenage et neurasthénie	63
2) Pathologie pulmonaire	65
3) Anémie	66
4) Leucémie	71
VI. DISCUSSION D'HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES A LA LUMIERE DES CONNAISSANCES MEDICALES ACTUELLES	74
A. PATHOLOGIES EN RAPPORT AVEC LA PRODUCTION DE VERRE	75
B. PATHOLOGIE PULMONAIRE	82
C. PATHOLOGIE HEMATOLOGIQUE	85
1) Anémie pernicieuse	85
2) Orientation diagnostique devant une anémie	87
a) Erythroblastopénies chroniques	88
b) Anémie sidéroblastique idiopathique acquise	90
c) Anémie réfractaire simple	91
d) Anémie réfractaire avec excès de blastes	92
e) Myélome multiple	93
f) Lymphome malin non Hodgkinien	94
g) Maladie de Hodgkin	95
h) Splénomégalie myéloïde	97
D. SYNTHESE DES HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES	99
VII. CONCLUSION	100
BIBLIOGRAPHIE	103

ANNEXES	114
DOCUMENTS	123
TABLE DES MATIERES	130



VU

NANCY, le 14 MARS 2002
Le Président de Thèse

NANCY, le 4 AVRIL 2002
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur G. GRIGNON

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 10 AVRIL 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE LA THESE

Emile Gallé, le célèbre maître verrier de style Art Nouveau et inspirateur de l'Ecole de Nancy, décède prématurément le 23 septembre 1904 à l'âge de 58 ans. Ses médecins ont fait le diagnostic de leucémie.

En l'absence de dossier clinico-biologique, ce travail se propose d'analyser l'histoire de la maladie de Gallé à partir de sa correspondance avec son ami Roger Marx et des données bibliographiques.

Les différents diagnostics émis au début du 20^{ème} siècle par les médecins de Gallé sont analysés en tenant compte des connaissances médicales de l'époque.

Enfin des hypothèses diagnostiques sont envisagées à partir des données recueillies et avec l'aide des connaissances médicales actuelles.

RESEARCHES AND HYPOTHESIS ABOUT THE DEATH OF EMILE GALLÉ.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2002

MOTS CLEFS :

Histoire Médecine, Anémie, Leucémie

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cédex