

CHAPITRE 1
EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
DANS L'HISTOIRE DE LA MEDECINE

Yves Lazorthes

Plan du Chapitre

1. La douleur dans l'Antiquité Gréco-Romaine
2. Du Moyen-Age à la Renaissance
3. De la Renaissance à la fin du XIXème siècle
4. Les débats sur l'anesthésie (XIXème siècle)
5. La prise en charge de la douleur de nos jours

Soulager les souffrances physiques et morales a été de tous temps la mission fondamentale de la médecine. Pourtant, face à la douleur et depuis l'Antiquité, la Médecine s'est longtemps partagée entre deux attitudes contraires : la combattre ou se résigner. Comment expliquer cette opposition dans les comportements ? Ce débat reste encore d'actualité car il y a toujours des réticences à prescrire de la morphine aux patients qui le justifient, voire de l'indifférence face à certaines douleurs difficiles à traiter. Malgré les progrès incessants, la prise en charge des patients présentant des douleurs chroniques rebelles reste insuffisante. Des efforts continus sont nécessaires pour sensibiliser et former les médecins car, malgré les moyens thérapeutiques dont on dispose aujourd'hui, trop de patients continuent encore à souffrir inutilement.

La douleur n'a pas eu la même signification à toutes les époques et dans toutes les civilisations. La compréhension de ses mécanismes de perception, l'interprétation de sa finalité et le comportement des soignants face à la douleur de leurs patients ont considérablement varié.

Différentes significations ont été attribuées à la douleur, allant d'une épreuve nécessaire, d'une fatalité, d'un châtement de Dieu, à une expérience insupportable face à laquelle il faut lutter avec tous les moyens disponibles. Pour illustrer cette discontinuité dans l'interprétation de la douleur et dans les comportements concernant sa prise en charge, effectuons un survol de l'Histoire de la Médecine en Europe.

I - DANS L'ANTIQUITE GRECO-ROMAINE

- **La mythologie et la médecine sacerdotale**

A l'origine, les hommes, incapables d'expliquer les mécanismes physiologiques des différentes fonctions humaines, cherchent leurs explications dans des interventions divines, magiques ou mythologiques. Prêtres et médecins sont confondus.

C'est ainsi que, dans la mythologie grecque, Artemis est directement assimilée à la déesse des douleurs. Ses flèches, selon la tradition homérique, provoquaient les souffrances de l'enfantement. Douleur physique et souffrance morale sont confondues et considérées aussi bien par les Grecs que par les Romains, très profondément attachés à leurs superstitions, comme le châtement d'un Dieu irrité qu'il faudra implorer pour obtenir la guérison. Dans la mythologie grecque, les divinités guérisseuses sont multiples (Artemis, Apollon, Asklepios et Epione), alors que leur culte n'apparaîtra à Rome qu'après la conquête de la Grèce (Esculape), de même que le développement de la pensée médicale romaine ne naîtra qu'avec l'arrivée des premiers médecins grecs.

- **Les théories philosophiques**

Par la suite, les « prêtres médecins » feront place aux philosophes médecins, parmi lesquels domineront les théories des Ecoles Socratique et Hippocratique pour la Grèce et celle de Celse et de Galien pour Rome.

- En Grèce, **Platon** (428-347 avant J.C.) considérait que la douleur et le plaisir, bien que sensations opposées, sont des affections touchant l'ensemble du corps et ressenties par le cœur, centre de l'âme de l'Homme.

Aristote (384-322 avant J.C.) approfondira les concepts de Platon sur les sensations et la douleur. Il avait déjà identifié les cinq sens, mais considérait que le cerveau n'avait aucun rôle direct dans les mécanismes d'analyse sensorielle. Pour lui, le cerveau servait uniquement à refroidir la chaleur issue du cœur et à produire le sommeil.

Le centre des sens restait localisé dans le cœur, toujours considéré comme l'organe le plus important du corps, centre de toutes les fonctions vitales et siège de l'âme. La sensation douloureuse était due à une augmentation de la sensibilité aux différentes sensations, particulièrement à une exacerbation du toucher, augmentation elle-même causée par l'excès de "chaleur vitale". Comme le toucher, la douleur partait d'organes terminaux dans la chair et était conduite par le sang jusqu'au cœur. Aristote appréciait la valeur de la sensibilité tactile et douloureuse mais pensait déjà que, si elle était trop intense, elle pouvait avoir un effet nuisible et destructeur.

Démocrite (430-370) est à l'origine de la théorie des 4 humeurs (sang – pituite ou phlegme – bile blanche – bile noire) : théorie qui persistera jusqu'à 17^{ème} siècle. La maladie est considérée comme une altération des humeurs et donc, pour la première fois, comme un phénomène naturel et non pas surnaturel et divin.

Hippocrate (430-380 av.J.C.) et ses élèves étaient avant tout des cliniciens. Leurs connaissances neuro-anatomiques restent très rudimentaires ; c'est ainsi que les nerfs sont confondus avec les tendons et le cerveau avec une glande. De nombreux textes hippocratiques considéraient déjà le cerveau comme le siège des sentiments et le centre de l'activité intellectuelle. D'autres attribuaient toujours ces fonctions au cœur. Il n'y a pas d'unité sur cette question. A cette époque, et pour la première fois dans l'histoire de l'Homme, la médecine va se dégager de l'influence religieuse. La valeur rédemptrice de la maladie (et de la douleur) était inscrite dans l'Ancien Testament. Mais, pour Hippocrate, la maladie est un phénomène naturel et non pas une punition divine. Cependant, du fait du peu d'efficacité de l'attitude rationnelle, beaucoup continueront à croire que la douleur résulte de la colère des dieux. Des aphorismes bien connus de la collection hippocratique traduisent cette notion d'impuissance : « Soulager la douleur est chose divine ».

Parmi les nombreux remèdes utilisés par l'Ecole Hippocratique, la chaleur, et à un moindre degré le froid, étaient des moyens physiothérapeutiques utilisés sous de multiples formes (bains, cataplasmes, emplâtres, vaporisation, aspersion, gargarismes, ...) pour traiter aussi bien des céphalées que des douleurs articulaires. La saignée, de même que les ventouses et les scarifications, étaient très populaires dans l'histoire grecque

Dans la collection hippocratique ("*Corpus hippocratique*") qui comporte plus de 60 traités, l'on a la preuve de l'usage très répandu de drogues d'origine végétale (la belladone, la jusquiame, le lierre, la mandragore, le saule, ... mais aussi le suc de pavot). Leurs vertus sédatives, narcotiques et analgésiques, étaient reconnues.

Cependant, la pharmacopée n'occupait encore qu'une place réduite dans le traitement de la douleur. Emblème du sommeil, le pavot somnifère ornait l'entrée du temple de Morphée, Dieu des Songes. C'est à cette époque que le suc qui s'écoule de la capsule du pavot et qui contient de nombreux alcaloïdes à très puissante action analgésique (morphine, codéine) a été recueilli et préparé pour être utilisé contre certaines douleurs notamment pelviennes. Il est déjà connu sous le nom d'opium. L'écorce fraîche de saule contenant un glucoside de l'acide salicylique (ou aspirine) est déjà recommandée par le Corpus Hippocratique pour soulager les douleurs de l'enfantement et lutter contre la fièvre.

- A Rome. La médecine n'a réellement existé qu'après la conquête de la Grèce et l'arrivée des premiers médecins grecs. **Celse** (1^{er} siècle avant J.C.) est le premier à avoir caractérisé l'inflammation par les quatre "or", du latin : dolor, calor, rubor et tumor. Ses huit livres ("*De re medicina*") traitent d'une médecine très proche du Corpus Hippocratique : chaque douleur, selon sa topographie, le moment où elle intervient dans un processus et les signes associés, peut être immédiatement déchiffrée en terme de diagnostic et de pronostic selon des règles sémiologiques.

Galien (131-201 après J.C.), disciple d'Hippocrate, étudie la médecine en Grèce et à Alexandrie avant de venir exercer à Pergame, ville d'Asie dont il est natif, puis à Rome du temps des empereurs Antonin le Philosophe et Commodore. Dans son oeuvre colossale (entre 300 et 600 livres, dont plus de 100 traduits du grec en syriaque, perse, arabe et latin), et grâce à des dissections animales, il démontre le rôle conducteur des nerfs et localise l'âme rationnelle, siège du pneuma psychique, dans le cerveau plus particulièrement dans les ventricules, et le pneuma sensoriel dans le cœur. Dans ce système, la douleur était conçue comme une passion de l'âme toujours ressentie par le cœur. Pour Galien, la douleur, aux côtés des autres symptômes, était chargée d'indiquer l'organe qui était malade, il ne lui accordait donc qu'une finalité utile.

Sur le plan thérapeutique, les Romains utilisèrent aussi des moyens physiques (chaud, froid, eaux et boues des sources thermales) dans des douleurs d'origine musculaire ou articulaire, mais aussi dans les céphalées et les coliques. Si l'usage des chocs électriques produits par les poissons électriques, et notamment un poisson torpille, semblait déjà connu dans l'Egypte ancienne, c'est durant le première siècle après Jésus-Christ que Scribonius Largus rapportera le soulagement d'une douleur articulaire survenu accidentellement chez un patient lors d'un bain de mer. Par la suite, de nombreux médecins romains, dont Galien, le préconisèrent pour traiter certaines douleurs et en particulier celles de la goutte.

La place occupée par les médicaments destinés à soulager la douleur est plus importante à Rome qu'en Grèce. Des traités célèbres, comme "*Matière Médicale*" de Dioscoride et "*Des Médicaments*" de Galien, citent de nombreux médicaments d'origine végétale à action analgésique provenant du pavot, de la mandragore, de la belladonne, du lierre, du coquelicot, de la laitue blanche, de la jusquiame et du cannabis, ... Les cinq livres de "*De Materia Medica*" feront autorité dans le monde gréco-romain ; Dioscoride y dresse l'inventaire minutieux de quelques 900 substances susceptibles d'entrer dans la composition de remèdes. Avant tout, le suc de pavot est connu non seulement pour la supériorité de ses effets, mais aussi pour le risque de décès à dose trop forte. L'opium était très largement utilisé contre la douleur, soit en application locale, soit en solution buvable.

La "Thériaque", utilisée par Galien au IIe siècle, aurait été confectionnée en Asie Mineure par Mithridate (123-63 avant J.C.) pour se protéger contre les poisons, et ramenée à Rome par Pompée. Ce fameux électuaire, qui a été tenu comme le remède capable de soigner toutes les maladies et de calmer toutes les souffrances, contenait une préparation semi-liquide comportant du vin, du miel, des plantes médicinales, et 24 onces d'opium. Il s'agit de l'ancêtre de la solution de Brompton, très largement utilisée au XXe siècle dans le traitement des douleurs d'origine cancéreuse, et qui sera remplacée seulement dans la fin des années 80 par de nouvelles formes galéniques (comprimés à libération prolongée).

Enfin, dans l'Antiquité Gréco-Romaine, beaucoup de philosophes valorisaient l'endurance envers les épreuves douloureuses. L'on a opposé en cela les stoïciens aux épicuriens, mais aucune de ces deux philosophies antiques rivales n'a en fait accordé la moindre utilité à la douleur.

II - DU MOYEN-AGE A LA RENAISSANCE

L'œuvre de Galien est si immense que son influence se prolongera même au-delà du Moyen-Age. Jusqu'au milieu du XVIIe siècle, la douleur est considéré comme un symptôme du tact, conséquence d'un déséquilibre de la qualité des 4 humeurs (sang, bile jaune, bile noire et phlegme) constituant le corps humain. Cette théorie ne sera d'ailleurs pas remise en question durant la Renaissance par Vesale (1514-1564) qui, malgré les très grandes avancées qu'il fera faire aux connaissances de l'anatomie humaine, notamment du système nerveux, continuera à penser que le rôle du cerveau était de sécréter le phlegme.

Au début du Moyen-Age, l'héritage hippocratique sera recueilli par l'Orient (médecins byzantins et islamiques). La traduction des textes gréco-romains assurera la transmission du savoir au monde arabo-islamique en pleine évolution, alors qu'en même temps seuls des fragments de tout ce savoir étaient sauvegardés en Occident.

Avicenne (980-1038), considéré comme le plus grand médecin de cet âge d'or de la médecine arabo-musulmane, décrit dans son ouvrage "*Le canon de la médecine*" quinze types de douleur. Les connaissances de la médecine arabo-musulmane seront réintroduites en Occident médiéval à partir du XIIe siècle, notamment à Cordoue et à Tolède par Gérard de Crémone, mais aussi en Italie (Ecole de Salerne) et en France (Montpellier).

Mais, avant tout, le Moyen-Age en Occident est dominé par l'influence durable du Christianisme sur le comportement face à la douleur.

Durant le Haut Moyen-Age (Ve au Xe siècle), la spiritualité est influencée par l'Ancien Testament. L'Eglise met l'accent sur le Christ comme modèle de la souffrance supportée et acceptée. Les textes religieux exhortaient les patients à supporter en silence les épreuves infligées par Dieu.

La douleur est à nouveau une punition divine mais, surtout, en imitant Jésus-Christ qui a choisi de mourir sur la croix, la douleur transcende l'homme et a une valeur expiatoire. Le péché était absout par l'accomplissement des peines corporelles "tarifiées" infligées par le confesseur (jeûne, mortification, pèlerinage pénitentiel, ...). Dans cette société romano-barbare, l'expression de la douleur est refoulée, la douleur n'a de valeur qu'en tant que moyen de rachat de ses péchés et possibilité de gagner le salut.

Les connaissances anatomo-physiologiques n'évoluent pas. L'absence de progrès est aussi liée à l'interdiction des dissections et vivisections animales. Quant à l'autopsie et à la dissection de cadavres, elle est jugée comme une profanation. C'est donc l'immobilisme voire la régression par oubli des acquis antérieurs.

Du XIe au XIIIe siècle, avec l'influence du Nouveau Testament, on s'attache surtout au Christ des Evangiles et on insiste sur l'aspect humain du Christ souffrant, à sa compassion envers les hommes. On assiste au développement d'une charité compassionnelle. L'influence de la spiritualité monastique grandit avec un retour à la pureté des règles primitives de Saint-Benoit. Cet idéal de valeurs de pauvreté, d'austérité mais aussi d'assistance, animera les ordres monastiques (moines cisterciens, ordres mendiants, ordre des Frères Mineurs fondé par François d'Assise) et laïques (Ordre des « Flagellants ») et continuera à mettre l'accent sur la

valeur rédemptrice de la douleur. Cette valorisation des « exercices spirituels » et de la douleur sera encore renforcée par les théologiens du XIIe siècle qui introduisent entre Paradis et Enfer la notion de Purgatoire, chance supplémentaire de racheter ses péchés en souffrant de mille maux. Pendant deux siècles, les Croisades (1096-1291), par l'exaltation des mortifications et des souffrances imposées, offrent une autre voie de salut.

Durant ces périodes, les fléaux sont multiples et renforcent la résistance à la douleur, qu'ils s'agissent des invasions (notamment invasion islamique et reconquête), de la lutte contre les hérésies (Croisade des Albigeois et Inquisition), de la première et de la deuxième Guerre de Cent Ans, mais aussi des grandes épidémies (notamment la peste noire en 1348).

A la fin du Moyen-Age (XIVe et XVe siècles), mais aussi pendant la Renaissance (XVIe siècle), les famines, les disettes, les grandes épidémies notamment la peste, les guerres de conquête puis de religion, le banditisme, les révoltes, ... ont multiplié les souffrances. Ces calamités sont interprétées comme des manifestations de la colère de Dieu.

Les monastères sont les dépositaires de la connaissance et de la science (érudits, bibliothèques). Les médecins étaient des moines. Les clercs religieux soulageaient la misère humaine. Sains-Augustin et Saint-Ambroise prêchaient l'obligation d'assistance aux malades. C'est la naissance des hospices où se développe l'attitude de compassion mais aussi où l'on cultive les plantes médicinales. La chirurgie est exercée par les barbiers jusqu'à l'Edit de Charles le Bel en 1311 car, jusque-là, les religieux n'avaient pas le droit de toucher le sang (Edit de 1163 « *Ecclesia abhorret a sanguine* »).

Cette longue époque est aussi marquée par l'absence de progrès, voire même le recul dans le soulagement de la douleur. Non seulement la douleur est exaltée comme une valeur d'expiation et de rachat mais, à l'extrême, l'usage des plantes sédatives est limité voire même condamné car considéré comme ayant une potentialité magique, maléfique, donc d'une appartenance à la sphère païenne.

La pratique de l'austérité, de multiples pénitences, de sévices corporels, est courante, et des pénitents aussi célèbres que Saint-Ignace-de-Loyola, fondateur de la Compagnie de Jésus, Sainte-Thérèse d'Avila ou Saint-Jean-de-la-Croix, ont marqué cette période par leur exemple mais aussi par leur charité.

Par ailleurs, au Moyen-Age, l'art sera essentiellement chrétien (architecture romane puis gothique, peinture, sculpture, littérature, ...). C'est une période où se multiplient les tableaux et sculptures évoquant l'Apocalypse et la Descente aux enfers. L'ecce homo, Christ couronné d'épines de même que les pieta ou mater dolorosa, images de la Vierge douloureuse, semblent prendre en charge toute la souffrance du monde, deviennent à partir du XVe siècle des thèmes répétitifs dans l'art, annonçant la Renaissance.

III - DE LA RENAISSANCE A LA FIN DU XIXe SIECLE

Dès le milieu du XVIIIe siècle, on assiste à une remise en question de l'approche de la douleur par les médecins et les philosophes. Elle est alors perçue comme indépendante du péché originel et de son châtement divin quelles que soient les explications nouvelles apportées sur son mécanisme de perception. Les connaissances dans le domaine de l'anatomie et de la

neurophysiologie progressent considérablement, d'autant plus que les papes ont levé l'interdiction de disséquer.

Leonard de Vinci (1452-1509) laissera de remarquables dessins d'anatomie.

Michel-Ange (1475-1564), par ses sculptures (Pieta, Vierge à l'Enfant, ...), démontre sa remarquable connaissance de l'anatomie, ostéo-musculaire notamment.

André Vesale (1514-1664), dans son remarquable traité « *De Corpora Humanis Fabrica* » publié en 1543, décrit le système nerveux périphérique, le cerveau et les organes des sens. Il fait déjà la distinction entre substance grise et substance blanche et individualise les noyaux gris centraux, notamment le thalamus. Il étudie le fonctionnement des nerfs qu'il considère comme des tubes creux et estime encore que le rôle du cerveau est de sécréter le phlegme qui circule dans les nerfs. La théorie des humeurs persiste toujours.

René Descartes (1596-1650), philosophe, mathématicien et physicien, a considéré la médecine comme une application technique de la physique mécanique. Il étudia les sens et la douleur dans plusieurs de ses ouvrages (*Dioptrique*, 1637 - *Les passions de l'âme*, 1649 - *Traité de l'Homme – Le Discours de la Méthode*). Il choisit de situer le point de convergence de toutes les sensations (sensorium commune) dans la glande pinéale (ou épiphyse). Le centre de convergence et d'analyse des sensations est donc déplacé au centre du cerveau.

Les explications de la transmission nerveuse restent mécanicistes, et la conception du corps de l'Homme reste celle d'une machine complexe analogue à un ensemble de cordes, de leviers et de poulies. Il définit les nerfs comme des tuyaux contenant de « petits filets » qui, tirés à la manière des cordes, soit au niveau de la peau, soit au niveau des organes des sens, sont les moyens de transmission de la sensibilité vers le cerveau. La stimulation est périphérique et l'analyse est centrale. C'est à lui que l'on attribue la première tentative d'explication rationnelle des voies de la douleur et il compare ce système à celui des cloches d'une église. "En tirant sur l'extrémité d'une corde, on provoque en même temps un coup sur la cloche suspendue à l'autre bout". Cette théorie ne sera réellement remise en cause qu'au début du XIXe siècle, période à laquelle l'anatomie et la physiologie vont considérablement progresser, notamment grâce à l'essor de la microscopie optique qui va permettre de nouvelles observations.



C'est aussi **François Magendie** (1783-1855) et **Charles Bell** (1774-1842) qui démontreront le rôle afférent des racines postérieures, tandis que **Paccini** et **Messner** identifieront les principaux récepteurs cutanés (1840), de même que **Von Frey** précisera le rôle des terminaisons libres dans la douleur (1896).

En ce qui concerne le comportement face à la douleur durant cette période, le thème de l'utilité ou de la nocivité de la douleur est très fréquemment retrouvé dans de nombreux textes. Trois positions différentes coexisteront et s'opposeront :

1. Certains adoptent une attitude humaine mais qui reste résignée. C'est le devoir chrétien d'assistance, l'attitude de compassion face à une douleur extrême. Ce n'est pas de l'indifférence mais la traduction d'une sorte de fatalisme toujours profondément inscrit dans la pensée.
2. Pour d'autres, au contraire, la douleur est utile car nécessaire à la guérison. Elle est considérée comme une sorte de sixième sens, de sens interne vigilant qui peut même parfois indiquer au médecin comment il doit agir. Elle représente une réaction de la nature qu'il faut laisser s'exprimer. Elle est considérée comme inévitable, c'est une épreuve salutaire. "La douleur aiguillonne et stimule" écrit J.A. Salgues (1823). Ainsi, la douleur qui suit la plupart des opérations réalisées à vif, sans la moindre anesthésie, annonce une sorte de travail de réaction qui devient un des moyens de guérison. On considère même que l'excès de courage peut être nuisible et que "les cris ont leur utilité".
3. Enfin, nombreux sont ceux qui, déjà, prennent conscience des effets néfastes de la douleur et la considèrent comme une ennemie intérieure redoutable, destructrice, devant être supprimée. Elle est de plus en plus perçue par les médecins comme indépendante du péché et de son châtement divin. Le signal d'alarme une fois donné, la

douleur ne doit pas être prolongée. On assiste alors, sur le plan thérapeutique, à une volonté de plus en plus grandissante de la soulager, et en particulier à une recrudescence de l'usage de l'opium notamment sous forme liquide. Il est même en vente libre en Angleterre au XVIII^e siècle.

Déjà, beaucoup de chirurgiens critiquent ceux de leurs confrères qui continuent à croire que la douleur est utile au succès d'une opération. C'est le refus d'accepter "l'invivable douleur des opérés" (A.Sassard, 1789). C'est aussi le temps de la révolte impuissante face à "l'expérience de l'insoutenable" dans le cadre de la chirurgie de guerre.

Le baron **Dominique-Jean Larrey** (1766-1842), chirurgien-en-chef des Armées de Napoléon, a joué un rôle essentiel dans le développement des progrès enregistrés dans le domaine de la prise en charge de la douleur. Organisateur infatigable des « ambulances volantes » de l'Armée, il est pénétré de l'idée que, plus on opérait vite, moins on déplaçait le blessé, et plus on avait de chance de le sauver. Face aux terribles conditions dans lesquelles il fallait amputer, la rapidité et la sûreté du geste étaient souvent le moyen le plus sûr pour diminuer la douleur.

Malgré sa très grande dextérité, il n'est pas indifférent aux souffrances des blessés et rappelle incessamment qu'il faut tout faire pour épargner aux patients la douleur ; durant toute sa carrière, il milite pour une médecine plus humaine. "Guérir parfois, soulager souvent, comprendre toujours" (Baron Larrey, 1812). Plus tard, il sera un des rares à défendre, notamment lors des débats de l'Académie de Médecine en 1828, les premières tentatives d'anesthésie générale faites en Grande-Bretagne, face au scepticisme et au mépris de ses collègues.

A la fin du XIX^e siècle, ce concept face à la douleur gagnera du terrain et Cabanis écrit : "Rien de ce qui peut causer de la douleur est salubre, elle doit toujours être regardée comme nuisible".

Pendant vingt siècles, en fait, la médecine a très peu progressé, c'est-à-dire d'Hippocrate au IV^e siècle avant J.C. jusqu'au XVIII^e siècle. « *Louis XIV était soigné comme Auguste* ». C'est aussi le cas en terme de traitement de la douleur puisque le pavot était très largement utilisé dans l'Antiquité Gréco-Romaine mais bien avant, depuis les Sumériens, c'est-à-dire 3000 ans avant J.C.

Au XIX^e siècle, la médecine va se transformer. C'est l'ère de la Médecine Moderne avec mise en place d'un Diplôme National, francisation des textes, laïcisation et surtout les progrès apportés par les corrélations anatomo-cliniques, les mécanismes et l'origine des maladies.

Sur le plan de la pharmacologie, c'est l'époque de la synthèse des principaux analgésiques :

- L'aspirine, qui était utilisée d'une manière empirique par les Grecs (préparation à partir de l'écorce de saule), sera synthétisée chimiquement sous la forme d'acide acétylsalicylique par Félix Hoffmann (en 1897). La Société Bayer mettra sur le marché l'aspirine en 1899.
- Par ailleurs, la morphine, qui était largement utilisée notamment chez les Grecs sous la forme de la Thériaque de Galien, verra son principe actif isolé de l'opium par F.

Sertuener (en 1805) sous la forme d'un alcaloïde qu'il baptisera morphine. La première injection hypodermique de chlorhydrate de morphine sera réalisée en 1853. On assistera par la suite à une très large utilisation, voire à des excès, notamment pendant les guerres (Guerre de Sécession, guerre de 1870, guerres coloniales, etc). Ces excès conduiront à des utilisations illicites, à des toxicomanies et finalement à une réglementation sévère pendant la période de la Première Guerre Mondiale. Cette réglementation limitant la prescription sera assouplie uniquement durant ces dernières années.

IV - LES DEBATS SUR L'ANESTHESIE (XIXe SIECLE)

Alors que tous les produits nécessaires avaient déjà été découverts (en 1776 le protoxyde d'azote, en 1792 l'éther, en 1830 le chloroforme), alors que la morphine avait déjà été synthétisée depuis 1806 par Sertuener, pharmacien à Hanovre, sous le nom de "principe somnifère de l'opium", il existait des réticences considérables à toute idée d'anesthésie chirurgicale. Ces oppositions étaient liées à la lenteur et à l'hésitation des premiers essais, ainsi qu'au risque iatrogène de la période initiale marqué par de nombreux accidents.

Ces oppositions ont donné lieu à des discussions et des affrontements passionnés, notamment dans le cadre de l'Académie de Médecine où s'opposèrent en particulier deux chirurgiens : Velpeau, tenant de l'anesthésie générale, et Magendie, s'y opposant.

Il aura fallu 50 années de débat pour qu'à partir de 1847 l'anesthésie générale s'impose. Cette année-charnière est celle de la mise au point d'un contre-poison, antagoniste de l'action de l'éther : la strychnine. Avec la strychnine, l'éthérisation se propage et l'anesthésie générale s'imposera.

Dans la deuxième partie du XIXe siècle, l'évolution de l'anesthésie locale et loco-régionale sera similaire. En 1854, Velpeau utilise des mélanges réfrigérants lui permettant de réaliser des gestes chirurgicaux locaux à moindre douleur. En 1860, Niemann isole de la "coca" un alcaloïde : la Cocaïne. Il faudra attendre 25 ans pour que Halsted, en 1885, réalise une première anesthésie locale à la cocaïne. Par la suite, en 1904, seront mis au point des dérivés largement utilisés tels que la novocaïne.

V - DE NOS JOURS

Des progrès considérables ont été effectués sur le plan neurophysiologique permettant de comprendre et de renforcer les mécanismes de contrôle intrinsèque de la douleur. Ces données récentes seront développées dans le deuxième chapitre.

Ce regain d'intérêt est lié non seulement aux progrès des connaissances fondamentales mais aussi :

1. à l'identification de la notion de « douleur chronique ou douleur maladie » s'opposant à la « douleur aiguë symptomatique », signe d'alarme utile ;

2. à la meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques générateurs de douleur répondant à ces stratégies thérapeutiques différentes ;
3. à la fin de la dichotomie entre « douleur organique » et « douleur psychiatrique », sachant que toute douleur rebelle persistante entraîne des réactions psychologiques et justifie une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire.

La douleur n'est plus considérée comme inéluctable. Elle concerne tous les médecins au quotidien. Lorsque cette douleur échappe à la compétence du médecin généraliste, du fait de son caractère chronique répétitif et rebelle au traitement élémentaire, les patients sont confiés à des praticiens spécialisés dans ce domaine.

“L'algologie” ou thérapeutique de la douleur n'est pas une spécialité en soi car cette prise en charge relève d'une évaluation clinique et d'un suivi inter-disciplinaire. Ce concept de prise en charge globale du patient et d'approche multidisciplinaire des composantes organiques et psychologiques d'une douleur chronique représente un des facteurs essentiels des progrès récents acquis dans ce domaine durant ces dernières années.

Par ailleurs, on a assisté à une transformation des possibilités et des stratégies thérapeutiques du fait d'un transfert très rapide de découvertes fondamentales neurophysiologiques ou neuropharmacologiques à des applications thérapeutiques. Les craintes de toxicomanie et de dépendance liées à l'usage de la morphine se sont estompées en pratique clinique, tandis que les excès des réglementations concernant sa prescription se sont assouplis.

L'impact socio-économique de nombreuses douleurs chroniques ou séquellaires reste majeur. C'est par exemple le cas du “mal au dos” qui représente un véritable fléau et pose la question d'une attitude de prévention.

La douleur n'est plus une fatalité. Symptôme transversal au cœur de nombreuses pathologies ou séquelles de lésions nerveuses irréversibles, la douleur est aujourd'hui devenue une priorité de santé publique. La Loi hospitalière précise depuis 1996 que tous les Etablissements de Soins doivent mettre en place des structures spécialisées dans ce domaine mais, malgré cela, les moyens mis à disposition restent encore insuffisants notamment en ressources humaines, c'est-à-dire en soignants.

Parallèlement, la lacune observée dans la formation initiale, aussi bien des médecins que des para-médicaux, se comble. A côté d'une approche médicale essentiellement curative, doit s'associer une démarche complémentaire palliative ayant pour objectif de soulager toutes les souffrances physiques et morales. “L'étude de la douleur conduit à une médecine plus humaine en tous ses gestes” (R. Leriche, 1940).