

Intérêts et apports d'une étude historique des maladies aux XVIII^e et XIX^e siècles *

Docteur V.-P. COMITI

L'histoire des maladies est un domaine de recherches fort riche dont les intérêts sont divers. Je voudrais aujourd'hui en présenter quelques facettes en soulignant qu'il ne s'agit en aucun cas d'une présentation exhaustive. Il est possible de définir sept domaines principaux :

- 1) Histoire des maladies et histoire générale.
- 2) Etude épistémologique des variations conceptuelles quant aux méthodes de diagnostic, aux critères de classifications nosologiques et étiologiques.
- 3) Détermination des facteurs d'apparition de certaines maladies par la comparaison des entités présentes aujourd'hui comme hier.
- 4) Impact des phénomènes pathologiques sur les structures démographiques et, réciproquement, conséquences des caractéristiques démographiques sur la pathologie.
- 5) Influence des procédés thérapeutiques sur le déroulement des maladies.
- 6) Explication de la géographie actuelle des maladies infectieuses par persistance de germe et/ou de réservoirs.
- 7) Prévision de possibles réapparition de quelques maladies par prise en compte d'une possible évolution, notamment de l'environnement.

1) Histoire des maladies et histoire générale

L'histoire des maladies peut apporter certains éléments à l'histoire.

Plusieurs auteurs ont récemment montré l'utilité de prendre en compte les maladies des individus exerçant certaines fonctions (1). Mais les pathographies ne devraient pas éclipser l'histoire quantitative des phénomènes pathologiques. S'il est vrai que les affections de quelques-uns peuvent retentir

* Communication présentée à la séance du 23 février 1980 de la Société française d'histoire de la médecine.

sur tous, ce sont les souffrances de tous qu'il est important de considérer dans le cadre d'une histoire événementielle ou sociale. Il apparaît ainsi que la maladie est un bon reflet de l'état social, hygiénique ou économique d'une région. Les phénomènes pathologiques sont un facteur majeur d'explication quant aux relations interhumaines et leur possible agressivité (2). Un autre fait peut être souligné. S'il est important de partir de l'alimentation, l'état de fatigue (3), la géomorphologie, le climat pour déterminer l'incidence et la fréquence des maladies dans le cadre d'une géographie médicale historique (4), par exemple, la détermination des maladies par retour aide à cerner les caractéristiques de l'environnement et des modes de vies. Soulignons à ce propos qu'il n'est pas possible de présenter une méthode univoque de diagnostic rétrospectif, tant les sources chiffrées manquent, même pour des siècles proches de nous, comme le sont les XVIII^e et XIX^e siècles. L'histoire des maladies permet de saisir, au niveau des groupes, des changements que nous reverrons, comme elle montre le bouleversement du vécu individuel de la pathologie. A l'extraordinaire impact des maladies dans les premières semaines et dans les premiers mois de la vie s'est progressivement substituée, à partir du milieu du XIX^e siècle, une succession beaucoup plus étalée des maladies notamment transmissibles. Nombre de maladies jadis inévitables (5) au cours des premiers temps de la vie, frapperont de plus en plus tardivement au cours de la vie et un certain nombre de personnes mourront sans en être atteintes biologiquement ou cliniquement. Par contre, l'allongement de la vie a permis à d'autres affections, évitables, de se manifester et de tuer. Dans ce cadre, l'on peut ranger les affections provoquées par certains « complexes socio-pathogènes » (6), maladies vasculaires et tumorales notamment.

2) Etude épistémologique des variations conceptuelles quant aux méthodes de diagnostic, aux critères de classification nosologiques et étiologiques

C'est au début du XIX^e siècle, avec Double, Piorry et Laennec notamment, que l'exploration clinique deviendra, en pratique, réellement active. Auparavant, l'examen se bornait le plus souvent aux relevés de quelques antécédents sans systématisation, se bornait à l'inspection et à la palpation superficielles. Quant aux examens complémentaires, si l'examen des urines et du sang était parfois pratiqué, seuls les sens de l'examineur étaient impliqués dans une recherche physiopathologique ou causale.

L'étude des différentes classifications nosologiques et étiologiques est bien autre chose qu'une spéculation anamnétique. Les profondes modifications dues à l'émergence de l'anatomie pathologique puis à celle de la méthode expérimentale et de la microbiologie, sont encore aujourd'hui l'une des bases de notre système de référence étiologique. Qu'une étiologie unique, le germe, ait permis un regroupement d'entités très diverses (tumeur blanche, phtisie pour les processus dus au B. K) importe car, dans le même temps, d'autres entités caractérisées jusqu'alors par certains traits cliniques sortirent de ce cadre, alors que d'autres y rentrèrent. De tels modèles nous sont utiles pour les adapter ou les rejeter.

Un autre versant de l'étiologie est représenté par celui des tempéraments, des constitutions et des diathèses. Exacerbé par le courant microbiologique représentant l'origine externe des maladies, il culminera, avec Morel, dans le concept de dégénérescence (7). L'impact des conceptions étiologiques est l'un des obstacles principaux à la recherche étiologique elle-même. Les miasmes, la théorie de l'air nocif, du mauvais air, du lieu infecté et maudit dominaient l'étiologie des fièvres intermittentes. Entre 1860 et 1880, c'est dans ces éléments, air et eaux, que fut recherché l'agent responsable. Laveran, par une méthode proprement historique, aboutit à sa découverte en déplaçant simplement le lieu de sa recherche (8).

3) Détermination des facteurs d'apparition de certaines maladies par la comparaison des entités présentes aujourd'hui comme hier

Les cartons des Archives de l'Académie de médecine sont remplis de descriptions (XVII^e-XIX^e siècles) de cancers (sein, peau) facilement accessibles. Le plus fréquemment mortel jusqu'au début du XX^e siècle, en France par exemple. Certes, leur incidence est difficile à chiffrer, mais certains travaux portant sur des mémoires ou registre d'hôpitaux (9) montrent qu'il convient de réviser en partie ce dogme actuel de la « nouveauté » de la maladie cancéreuse. Cela est important. Supposons qu'un facteur ou plusieurs soient reconnus actuellement comme étant à l'origine de tel ou tel cancer. Si ce cancer était présent jadis, ce facteur devait l'être, à moins que d'autres facteurs fussent aussi impliqués. Bien entendu, étant donné la rareté des examens histologiques interprétables avant notre siècle ou tout au moins le XIX^e siècle, il va sans dire qu'une telle démarche ne saurait être que prudente.

4) Impact des phénomènes pathologiques sur les structures démographiques et, réciproquement, conséquences des caractéristiques démographiques sur la pathologie

L'impact des affections épidémiques a fait l'objet d'études chiffrées (10). La diminution de l'incidence et de la prévalence de la lèpre, puis de la peste (au début du XVIII^e siècle en France, ne fut pas totale. Par contre, la variole s'éteindra au cours du XX^e siècle. De même, c'est surtout au cours du XX^e siècle que les diarrhées infectieuses, les maladies éruptives de l'enfant et leurs complications cesseront d'être un facteur démographique majeur. Les modifications pathologiques qui sont survenues à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle constituent, selon moi, le plus important changement de l'histoire des maladies françaises depuis le néolithique (11). En effet, entre le paléolithique supérieur (du 20^e millénaire au 9^e) et le néolithique (3^e millénaire) la population de la « Gaule » passa de 50 000 habitants à 5 millions. Ce centuplement de population s'accompagna de profonds changements dans les modes de vie : domestication du chien, du petit bœuf des tourbières et du porc, culture des premières céréales. L'un des phénomènes essentiels est donc un contact de plus en plus étroit avec les animaux domestiques et les animaux de la forêt, les rongeurs notamment.

Trois grands groupes de maladies ont dû vraisemblablement émerger à cette époque :

- les affections à transmission interhumaine sans possibilité de survivance en dehors d'importantes concentrations humaines (poliomyélite, rougeole, rubéole et variole, entre autres) ;
- les affections, conséquences d'un rapport de plus en plus étroit entre l'homme et les rongeurs (tularémie, peste, sodoku et melloïdiose) ;
- maladies diarrhéiques, du fait d'une sollicitation de plus en plus grande de l'eau.

Ce schéma s'est donc récemment modifié. Mais la diminution des maladies infectieuses ne peut être affirmée sans nuances. Nombre d'affections transmissibles par voie rhino-pharyngée et non évitables par vaccination n'ont que peu diminué depuis le XVIII^e siècle.

5) Influence des procédés thérapeutiques sur le déroulement des maladies

Peu de démonstrations de l'intérêt des études historiques (ou rétrospectives) sont aussi nettes que l'étude des vaccinations. La variole, avant la diffusion de la vaccination, tuait avec constance et régularité, notamment dans les premières années de la vie. Ce schéma, morbidité-mortalité massives, se modifiera progressivement jusqu'à l'espérance actuelle d'éradication. Prenons comme autre exemple celui de la poliomyélite.

Il suffit de regarder les courbes dressées par Fisher (12). Elles montrent clairement la chute brutale de l'incidence de cette maladie, concurremment à l'augmentation de la couverture vaccinale en Angleterre, entre 1957 et 1963.

S'il est difficile de mesurer l'impact des thérapeutiques, l'étude de la période 1870-1920 offre à cet égard un intérêt primordial. Il existe déjà une efficacité attestée, sur l'évolution naturelle des maladies (digitaline, quinine, vaccine, antitoxine, puis anatoxine, opérations), mais un grand nombre d'affections évoluaient de façon identique, que le malade en fut soulagé ou non. Or nous sommes, entre 1870 et 1920, à une époque où le diagnostic clinique devient comparable, pour l'essentiel, au nôtre. Cette coexistence est unique dans l'histoire de la médecine. En effet aujourd'hui, de manière générale, quand une maladie et un malade accèdent à la reconnaissance médicale, un traitement est entrepris. L'étude des textes écrits entre 1870 et 1920 permet de saisir l'évolution presque naturelle d'un grand nombre d'affections et de dissocier ce qui revient au temps de ce qui revient au traitement dans l'évolution des manifestations pathologiques (13).

6) Explication de la géographie actuelle des maladies infectieuses par persistance de germes et/ou de réservoirs

La spore de *clostridium tetani* est particulièrement résistante et il est intéressant d'étudier la répartition des animaux (comme les chevaux) pour comprendre la répartition des cas actuels.

La brucellose est une maladie due à un germe lié à différents animaux proches de l'homme (Bovins, Ovins, Caprins). Or, la connaissance du germe est assez récente (Bruce, 1897) et, contrairement à ce qui a été écrit depuis, cette maladie, selon toute vraisemblance, existait antérieurement à sa découverte à Malte (il s'agit, et la chose est très fréquente, de la confusion entre reconnaissance d'une maladie et apparition de cette dernière). Entre 1897 et 1900, la maladie fut reconnue aussi à Chypre, aux îles Baléares, dans les îles de l'archipel grec, en Asie Mineure, à Gibraltar, en Sicile, en Sardaigne, en Corse, à Gênes, à Naples, en Dalmatie, aux Indes Orientales... au Venezuela, etc. Il peut paraître étrange de vouloir étudier la démographie animale dans le cadre d'une étude pathologique. Pourtant, nous savons combien la structure actuelle de la population française, par exemple, est tributaire de celle des décades et siècles passés. Pourquoi donc n'en serait-il pas de même des autres populations animales porteuses de germes ?

7) Prévision de possibles réapparitions de quelques maladies par prise en compte d'une possible évolution, notamment de l'environnement

Lombard, en 1880, dans son *Atlas de la distribution géographique des maladies dans leurs rapports avec les climats* (14), montre qu'en son temps l'une des préoccupations majeures de ses contemporains était, en France, représentés par le paludisme. Si le Nord en était exempt, le cours et l'embouchure de la Somme, l'Alsace, la rive gauche du Rhin, le trajet inférieur de la Seine, le cours moyen de la Loire jusqu'à son embouchure, la Bresse, les côtes méridionales de la Corse en étaient infectés. Plus près de nous, Le Lanou (15) signale en 1936 l'existence du paludisme dans nombre de dépressions côtières mal drainées, embouchure de la Somme... marais du Cotentin, étangs des Landes, etc. Plus près de nous encore, Ambroise-Thomas, Quilici et Ranque expliquent la réapparition du paludisme en Corse en 1970, par notamment « la diminution de la lutte contre les anophèles au cours de ces dernières années, les efforts actuels portant surtout sur la destruction des *Culex* et des *Sedes*, responsables de nuisance » (16). Le paludisme est un exemple marquant du concept de « complexe pathogène » (17) où le rôle de l'environnement et l'action de l'homme sur ce dernier est primordial. La répartition de cette maladie jadis montre que ce rapport de force entre la nature et nous n'est jamais totalement gagné au profit de qui que ce soit. Surviennent quelques modifications, et les catastrophes naturelles le montrent, et certaines pathologies peuvent ressurgir.

BIBLIOGRAPHIE

1. DESTAING. — « La fin des hommes illustres » et le fort récent « Ces maladies qui ont changé le monde ». Paris, Presses de la Cité, 1978, 254 p.
2. Cf. à propos des travaux de J.N. BIRABEN sur la peste et notamment « Les pauvres et la peste ». *Médecine et maladies infectieuses*, 1971, 1 (7-8), p. 313-320.

3. En ce qui concerne le travail et ses répercussions sur la santé, cf. Michel VALENTIN, « Travail des hommes et savants oubliés ». Paris, Docis, 1978, XI-329 p., et A. COTTEREAU, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure du travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris ». *Sociologie du travail*, avril-juin 1978, n° 2, p. 192-224.
4. V.P. COMITI. — « La géographie médicale de la Corse à la fin du XVIII^e siècle ». Genève, Droz, 1980, 144 p. ; in : Centre de Recherches d'histoire et de philologie de la IV^e Section de l'E.P.H.E. Une autre méthode est représentée par la paléopathologie. Cette approche complémentaire se heurte au problème de la reconstitution des signes cliniques à partir des lésions constatées. Cf. les travaux de M.D. GRMEK.
5. BOYER. — « Les infections inévitables ». Paris, Baillière, 2^e éd., 1976, 118 p.
6. H. PICHERAL. — « Espace et santé, géographie médicale du Midi de la France ». Montpellier, Imprimerie du « Paysan du Midi », 1976, 425 p.
7. MOREL. — « De la formation du type dans les variétés dégénérées ou nouveaux éléments d'anthropologie morbide pour faire suite à la théorie des dégénérescences dans l'espèce humaine ». Paris, Baillière-Masson, 1864, 40 p.
8. « Dans ces vingt dernières années, la question est sortie de la phase spéculative pour entrer dans la phase expérimentale, et un grand nombre d'observateurs distingués se sont mis de tous côtés à la recherche du germe animé des fièvres palustres... Il est à remarquer que le but principal, sinon unique, poursuivi par tous ces observateurs a été de trouver les germes de la fièvre dans l'air, dans l'eau et dans le sol des localités marécageuses et que la recherche de ces germes dans le sang des malades atteints des différentes formes de l'impaludisme n'a été faite que d'une manière secondaire et en quelque sorte accessoire. »
A. LAVERAN. — « Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme, description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre ». Paris, J.-B. Baillière, 1881, 104 p. - pl.
9. Cf. les travaux de Toby GELFAND et le travail très récent de C. BRUNEEL, « Malades et défunts au grand hôpital de Louvain (1767-1796) ». *Annales de la Société belge d'histoire des hôpitaux*, 1979, XVI, p. 5-33.
10. J.-P. GOUBERT. — « Maladies et médecins en Bretagne ». 1770-1790, Rennes, Institut armoricain de recherches historiques, 1974, 508 p. ;
J.-P. DESAIVE et al. — « Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIII^e ». Paris, Mouton-Lahaye, 1972, 254 p. ;
J.-P. PETER. — « Les mots et les objets de la maladie ». *R. hist.*, 1971, p. 13-38 ;
ainsi que les travaux de IMHOF et LARSEN, de P. THILLAUD. — « Les maladies et la médecine en pays basque Nord à la fin de l'Ancien régime (1690-1789) ». Thèse de 3^e cycle de Paris I, Paris, 1977, 304 p. ;
de P. BOURDELAIS et J.-Y. RAULOT. — « La marche du choléra en France, 1832 et 1854 ». *Annales E.S.C.*, janvier-février 1978, 1, p. 125-142, et les différents articles consacrés à la mortalité dans les *Annales de Démographie historique* de 1978.
11. Cf. V.-P. COMITI. — « Conséquences des changements démographiques sur la pathologie française depuis un siècle ». In Table ronde : *Implications et conséquences de l'allongement de la vie humaine depuis le XVIII^e siècle*. Paris, 24-26 octobre 1979.
12. *The polio story*. Londres, Heinemann, 1967, p. 113.
13. J.-C. SOURNIA. — « Mythologies de la médecine moderne ». Paris, Presses Universitaires de France, 1969, 224 p.
14. J.-B. BAILLIÈRE, Paris, 1980, 19 p., 25 cartes.
15. « Le rôle géographique de la malaria ». 15 mars 1936, Tours, 22 p.
16. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, juillet-août 1972, n° 4, p. 534.
17. M. SORRE. — « Les fondements de la géographie humaine ». Paris, Colin, 1951, t. I, 448 p.