



Caractériser les souffrances et les maladies dans les textes anciens : le diagnostic rétrospectif en questions

Joël Coste

► To cite this version:

Joël Coste. Caractériser les souffrances et les maladies dans les textes anciens : le diagnostic rétrospectif en questions. Écrire l'histoire de la médecine : temporalités, normes, concepts, Stanis Perez, Nov 2013, La Plaine-Saint-Denis, France. hal-01315378

HAL Id: hal-01315378

<https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01315378>

Submitted on 13 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Caractériser les souffrances et les maladies dans les textes anciens : le diagnostic rétrospectif en questions

Joël Coste

Université Paris Descartes, École Pratique des Hautes Études (SHP)

Résumé

Les souffrances et les maladies représentent des aspects essentiels de la vie humaine qui méritent une attention sérieuse. L'historiographie de la santé et de la maladie est cependant profondément divisée sur la possibilité et l'opportunité même de caractériser des souffrances et les maladies dans les sources anciennes, ce qui est appelé communément, et abusivement, le « diagnostic rétrospectif ». Dans cet article, je donne un aperçu du conflit historiographique et de ses enjeux épistémologiques, déontologiques et éthiques, j'analyse les raisons de la confusion persistante sur les objectifs et les méthodes de la caractérisation des souffrances et des maladies et je tente de poser les questions, le plus clairement possible, concernant cette caractérisation et les objectifs de celle-ci. Les éléments de réponse apportés, à la fois méthodologiques et pratiques, sont illustrés par des exemples pris à l'époque moderne ou au début du XIX^e siècle.

Mots-clés : histoire des maladies, épidémiologie historique, diagnostic rétrospectif, historiographie, épistémologie, relativisme, multidisciplinarité.

Abstract

Sufferings and diseases are essential parts of human everyday life that deserve serious attention. However, the historiography of health and disease is divided on the issue of whether it is possible or even desirable to characterize sufferings and diseases in ancient sources, what is commonly and misleadingly called "retrospective diagnosis". In this paper, I present an overview of the historiographical debate on this issue (and the epistemological and ethical stakes that relate to it), I analyze the causes of confusion persisting on the objectives and methods of characterization of sufferings and diseases in ancient texts, and I try to state the questions raised by this characterization and its objectives as clearly as possible. Elements of responses, both methodological and practical, are illustrated by examples taken from early modern and nineteenth century.

Keywords: History of diseases, historical epidemiology, retrospective diagnosis, historiography, epistemology, relativism, multidisciplinarity.

Les souffrances et les maladies représentent des aspects essentiels de la vie humaine et occasionnellement des facteurs historiques de première importance. Les grands fléaux, les grandes épidémies, mais aussi les fardeaux de souffrance supportés quotidiennement par l'homme méritent donc une attention sérieuse. Or, depuis plusieurs décennies déjà, l'historiographie de la santé et de la maladie est profondément divisée sur la possibilité et l'opportunité même de caractériser des souffrances et les maladies dans les sources anciennes, ce qui est appelé communément – et un peu abusivement je le montrerai plus loin – le « diagnostic rétrospectif ». Le sujet lui-même est devenu une sorte de point de fixation des conflits entre partisans du tout sociologique et ceux faisant une place aux phénomènes biologiques – les premiers souvent rattachables aux courants de pensée « relativistes » ou « post-modernes », les seconds souvent taxés de « positivisme » voire de « scientisme » – deux courants qui s'affrontent depuis plusieurs décennies sur bien des sujets d'histoire ou de philosophie des sciences¹. Dans cet article, je donnerai un aperçu du conflit historiographique et de ses enjeux épistémologiques, déontologiques et éthiques. Après une présentation des principales critiques du diagnostic rétrospectif², j'analyserai les raisons de la confusion persistante sur les objectifs et les méthodes de la caractérisation des souffrances et des maladies dans les textes anciens, et tenterai de poser les questions, le plus clairement possible, concernant cette caractérisation et les objectifs de celle-ci. Les éléments de réponse apportés, à la fois méthodologiques et pratiques, seront illustrés par des exemples pris à l'époque moderne ou au début du XIX^e siècle.

Les principales critiques du diagnostic rétrospectif

Le diagnostic rétrospectif est un exercice médical ancien, qui reste régulièrement mis en œuvre en pratique contemporaine pour redresser des diagnostics, par exemple dans le cas d'une maladie rare, pour tracer les premiers cas d'une « nouvelle » maladie ou encore en pratique médico-légale quand il s'agit de qualifier médicalement l'état d'un sujet au moment du décès. En histoire, c'est Émile Littré qui théorisa le premier, en 1869³, les principes d'une pratique elle aussi bimillénaire, déjà illustrée par Galien et ses diagnostics de certains cas de la *Collection hippocratique* ou par l'auteur pseudo-aristotélicien du Problème XXX consacré à l'homme de génie et à la mélancolie. Les critiques sont également anciennes puisque l'initiative de Littré avait justement pour objet de clarifier ce qu'il fallait faire ou ne pas faire⁴. Mais elles prirent un tour plus

1. L'histoire de ces affrontements, qui ont connu leur paroxysme en France au moment de « l'affaire Sokal » et qui se poursuivent d'une manière plus feutrée, mériterait d'être entreprise. Sur le relativisme en sciences, ou relativisme cognitif, voir notamment, dans des registres différents, R. Boudon, *Le relativisme*, Paris, PUF, 2008 et P. Engel, *Épistémologie pour une marquise. Entretiens sur la philosophie de l'histoire naturelle qui ont paru les plus propres à rendre les jeunes gens curieux et à leur former l'esprit*, Paris, Éditions d'Ithaque, 2011.
2. Du moins celles des protagonistes déclarés, car certains auteurs ont observé un prudent mutisme ou éludé la question par des lieux communs ou des pirouettes rhétoriques. Philip Rieder, dans son livre sur « la figure du patient » au XVIII^e siècle, a par exemple affirmé qu'il était « superflu de répéter la stérilité de la pratique qui consisterait à recourir à des nosologies contemporaines pour décrire des maladies d'hommes et femmes vivant au XVIII^e siècle » (P. Rieder, *La figure du patient au XVIII^e siècle*, Genève, Droz, 2010, p. 38). Le parti-pris de ne considérer le « patient » qu'en tant qu'« acteur » d'un « marché thérapeutique » l'a d'ailleurs conduit à représenter d'une manière virtuose mais aseptisée ledit patient, souffrant de manière abstraite et pour des raisons restant mystérieuses.
3. É. Littré, « Un fragment de médecine rétrospective », *Philosophie positive* 1869 ; 5 : 103-20.
4. À l'instar de Jean-Baptiste Germain qui avait essayé en 1803 de rapporter les cas des livres des épidémies hippocratique aux différents ordres de fièvre de la nosologie de Pinel. Germain fut vivement

radical avec l'historien de la médecine espagnol Pedro Laín Entralgo, qui le qualifia en 1961 de « procédé anhistorique⁵ », puis au début des années 1990 avec Andrew Cunningham⁶ et Jon Arrizalaga⁷. Au nom d'un constructivisme social revendiqué, et des références à Fleck, à Foucault et à Latour, ainsi qu'aux théories constructivistes du SIDA, ces deux auteurs rejetèrent le diagnostic rétrospectif avec des mots vigoureux comme « anachronisme » relevant d'une « conception whiggiste de l'histoire », d'un « réductionnisme biologique réactionnaire » ou d'« une histoire disciplinaire⁸ ». Les travaux particulièrement visés par ces auteurs étaient ceux de Carlo Cipolla, qui avait évoqué le « bacille de la peste » à propos de l'épidémie qui avait décimé l'Italie du Nord en 1630-31 – une évocation qui témoignait pour Cunningham d'une « une vision bactériologique du passé » – et surtout ceux de Mirko Grmek qui avait tenté de reconstituer la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique dans *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*. Dans les années qui suivirent, Cunningham et Arrizalaga réitérèrent leur rejet du diagnostic rétrospectif dans plusieurs articles⁹ et furent rejoints par quelques autres chercheurs, dont Adrian Wilson¹⁰ et Karl-Heinz Leven, pour qui, par exemple, le diagnostic rétrospectif « n'ignor[ait] pas seulement les règles de la recherche historique mais [était] le symptôme de l'image anachronique que la médecine a d'elle-même¹¹ ». Les critiques de ces auteurs ne portaient pas sur les abus et les égarements, notamment ceux de la littérature d'anecdotes « pathographiques » consacrées aux maladies des « célébrités » qui était (et reste toujours) très prospère¹² – mais bien sur le principe, le bien-fondé même de l'exercice, et sur des travaux sérieux, ceux de Cipolla ou de Grmek. Pour Cunningham en 2002, dans un article au titre évocateur « Identifying disease in the past : cutting the Gordian knot », il fallait « couper le nœud Gordien » plutôt que tenter de le défaire, puisqu'il ne pouvait être question de caractériser

critiqué par Littré dans *l'Encyclopédie des sciences médicales*, 4^e série, mars 1840, p. 21. Parmi les tentatives célèbres de diagnostic rétrospectif au XIX^e siècle, citons celles de J.-M. Charcot (avec Paul Richer) sur les cas de possession démoniaque (« Les Démoniaques dans l'art », Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887) et de Rudolf Virchow sur la lèpre dans un tableau de Holbein (« Ein Aussatz-Bild des älteren Holbein jetzt kaufen », *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin* 1861 ; 22 : 190-2).

5. P. Laín Entralgo, *Historia clínica, historia y teoría del relato patográfico*, Barcelona Salvat, Pedro Publication, 1961.
6. A. Cunningham, « Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious disease », dans A. Cunningham et P. Williams (dir.), *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 209-44.
7. J. Arrizalaga, « Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad : a propósito del constructivismo social », *Arbor* 1992 ; CXLII, 558-60. Dans cet article, Arrizalaga convoquait Fleck, Gilman, Figlio et Latour. Ce dernier avait contesté, avec l'aplomb et le goût du paradoxe qu'on lui connaît, que Ramsès II, dont la momie avait été étudiée en 1978, fût mort de la tuberculose, car le bacille de celle-ci n'avait été découvert qu'en 1882 par Robert Koch. Entre autres versions de ce texte plusieurs fois publié : B. Latour, « On the partial existence of existing and non existing objects », dans Lorraine Daston (dir.), *Biographies of Scientific Objects*, Chicago, University of Chicago Press, 2000, p. 247-69.
8. J. Arrizabalaga, « Medical causes of death in preindustrial Europe: some historiographical considerations », *Journal of History of Medicine and Allied Sciences* 1999, 54: 241-60; *Id.*, « Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease », *Asclepio* 2002; 54: 51-70; *Id.*, *El léxico médico del pasado: los nombres de las enfermedades*. Panace@, 2006; 7: 343-50.
9. A. Cunningham, « Identifying disease in the past: cutting the Gordian Knot », *Asclepio* 2002; 54: 13-34.
10. « [...] for retrospective diagnosis suppresses precisely what the history of disease-concepts brings to the fore, namely the content of past descriptive and diagnostic categories » (A. Wilson, « On the history of disease concepts: the case of pleurisy », *History of Science* 2000; 38: 271-319).
11. K. Heinz Leven, « "At times these ancient facts seem to lie before me like a patient on a hospital bed" – retrospective diagnosis and ancient medical history », *Studies in Ancient Medicine* 2004; 27: 369-86.
12. Voir, par exemple, aux deux extrémités du dernier siècle, A. Cabanes, *Les morts mystérieuses de l'histoire. Souverains et princes français, de Charlemagne à Louis XVIII*, Lyon, Storck, 1901 ; P. Charlier, *Le roman des morts secrètes de l'histoire*, Paris, Éditions du Rocher, 2011.

une maladie en dehors du contexte (historique) dans lequel elle était apparue et avait été reconnue¹³. Pour Cunningham, Arrizabalaga et leurs émules, la réalité de la maladie est « sociale » voire « institutionnelle », et la dimension biologique doit être au mieux reléguée dans une « boîte noire » qu'on n'ouvre pas. Réticents à employer les connaissances médicales et biologiques contemporaines¹⁴, ces auteurs ne virent en revanche aucun inconvénient à mobiliser des théories socio-constructivistes tout aussi contemporaines et dont la validation empirique n'était pas moins fragile que les connaissances médicales, à l'instar de la théorie socio-constructiviste du SIDA, prise pour modèle par Arrizabalaga¹⁵. Ces auteurs se caractérisèrent également par leur recours à l'amalgame¹⁶ et à la caricature. En 1999, Arrizabalaga affirma par exemple que « pour beaucoup d'historiens de la médecine, identifier les maladies humaines du passé dans la nosologie actuelle est toujours possible ("always possible") si l'on dispose de sources documentaires ou matérielles adéquates » en précisant en note que « cette attitude est clairement illustrée par Mirko Grmek, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale...*¹⁷ ». Une telle assertion, à laquelle Grmek, décédé en mars 2000, ne put répondre, est erronée. On trouve en effet dans l'introduction de ce livre une longue mise au point sur les méthodes du diagnostic rétrospectif et leurs limites, des mises en garde relatives à l'évolution de la terminologie médicale, ainsi que la phrase suivante : « on ne dira jamais assez combien, en règle générale, le diagnostic rétrospectif est difficile et fragile. Il est toujours hypothétique, souvent douteux et rarement exclusif¹⁸ ». Plus sérieuse encore est la confusion, acceptée sinon entretenue par les détracteurs du diagnostic rétrospectif sur la notion même de « maladie », et l'opposition mise en avant de l'ontologisme et du constructivisme dans la conceptualisation de la maladie : pratiquer le diagnostic rétrospectif impliquerait pour eux de croire aux « espèces » ou aux « essences » de maladies. En fait, cette opposition de l'ontologisme¹⁹ et du constructivisme dans la conceptualisation de la maladie apparaît aujourd'hui caricaturale et dépassée au vu des réflexions et des travaux des quatre dernières décennies :

– sur la nature biopsychosociale de la maladie, notamment ceux du psychiatre George Engel (1913-1999), qui a proposé de concevoir la maladie comme le résultat d'interactions multiples entre facteurs physiques, psychologiques et sociaux

-
13. En effet, pour Cunningham, « mon père est mort d'un cancer de l'intestin parce que c'est ce que les médecins ont dit, c'est comme cela ; sa cause de décès inscrite dans le certificat n'est pas négociable, ni maintenant ni dans le futur. Le diagnostic a été présenté, testé et confirmé à travers toutes les procédures que la médecine hospitalière occidentale requiert » (« Identifying disease in the past... », *op. cit.*, p. 19 [ma traduction]).
 14. Pour ce sujet, comme pour d'autres, la posture critique postmoderne permet à ceux qui l'adoptent d'éviter de devoir se familiariser avec les connaissances de la biologie et de la médecine contemporaine ou de pratiquer une interdisciplinarité possiblement inconfortable.
 15. J. Arrizabalaga, « Nuevas tendencias... », *op. cit.* La théorie socio-constructiviste du SIDA fut à l'origine de drames sanitaires quand certains dirigeants, comme Thabo Mbeki en Afrique du Sud, la reprirent à leur compte.
 16. Le diagnostic rétrospectif a ainsi été associé au « biologisme réactionnaire » puis au « néo-darwinisme social » et à la « droite libérale américaine et anglaise » par Arrizabalaga (« Problematizing retrospective diagnosis... », *op. cit.*).
 17. J. Arrizabalaga, « Medical causes of death in preindustrial Europe... », *op. cit.*, p. 256-7 (ma traduction).
 18. M. D. Grmek, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale. Recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique*, Paris, Payot 2003, p. 20-1. Les mises en garde et réserves sont ensuite répétées tout au long du livre.
 19. Sur la question de l'ontologisme en médecine, voir J. R. Simon, « Medical ontology » dans F. Gifford (dir.), *Philosophy of Medicine (Handbook of the philosophy of science, volume 16)*, Amsterdam, Elsevier, 2011, p. 65-114.

(Figure 1)²⁰. Cette conception s'est imposée dans de nombreux domaines de la médecine, comme dans celui du handicap où elle est à l'origine de la nouvelle classification des fonctions de l'Organisation mondiale de la santé.

– sur les dimensions de la morbidité, qui requièrent de bien distinguer la souffrance ressentie par le sujet lui-même de celle qui est reconnue par la société dans laquelle il vit et de celle qui est prise en charge par la médecine. Ce sont les trois dimensions communément admises de la morbidité, associées depuis les années 1970 aux termes « illness », « sickness » et « disease » par certains médecins, sociologues et philosophes de langue anglaise²¹.

– sur l'élaboration de la nosologie médicale, et la mise en évidence de l'hétérogénéité et la validation variable des entités nosologiques²². La nosologie contemporaine comprend des entités aux niveaux de validation différents, en particulier des causes et des mécanismes physiopathologiques qui les caractérisent. Parmi les catégories nosologiques (Tableau 1), seules celles relevant d'un mécanisme génétique à peu près élucidé²³, les maladies infectieuses aux agents identifiés (bactériens, viraux ou parasitaires) et certains cancers de cause virale correspondent à des entités qu'on pourrait qualifier d'« ontologiques ». Mais celles-ci sont peu nombreuses en comparaison des catégories en chantier (colonnes 3 à 6 du tableau 1) dont le caractère provisoire et révisable est reconnu, et qui sont essentiellement utilisées comme catégories diagnostiques pour l'exercice pratique de la médecine et les prises de décision : elles font souvent intervenir des définitions statistiques (l'hypertension artérielle par exemple) ou des corrélats fonctionnels (l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance rénale), eux-mêmes le plus souvent définis de manière consensuelle ou statistique, et donc révisable. Nombreuses aussi, il faut le souligner, sont les catégories déterminées par les modes médicales et technologiques, les contraintes sociales, économiques, politiques ou administratives dont on connaît la force autant que la fugacité²⁴. Cet examen de la nosologie contemporaine explique bien des confusions (y compris par les médecins) des « maladies » et des « catégories diagnostiques » nées des exigences de la médecine pratique. Il permet aussi de comprendre que le diagnostic rétrospectif – caractérisation des souffrances et des maladies du passé, en utilisant les catégories nosologiques contemporaines – n'en est en rien une recherche de l'essence de la maladie ayant affecté un sujet ou une population dans le passé.

20. G. L. Engel, « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine », *Science* 1977; 196:129-36; *Id.*, « The clinical application of the biopsychosocial model », *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 535-44.

21. Pour une discussion critique de ces termes et des concepts sous-jacents, voir B. Hofmann, « On the triad disease, illness and sickness », *Journal of Medicine and Philosophy* 2002; 27: 651-73.

22. Voir notamment A. R. Feinstein, « Clinical biostatistics XIII. On homogeneity, taxonomy and nosography », *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1972; 13 : 114-29, et J.-B. Paolaggi et J. Coste, « L'élaboration de la nosologie », dans *Le raisonnement médical, de la science à la pratique clinique*, Paris, Estem, 2001, p. 61-74.

23. Comme la mucoviscidose ou la neurofibromatose de type I (NFI) dont on a pu préciser la séquence des événements pathologiques depuis la mutation du gène jusqu'aux symptômes et l'évolution.

24. Les exemples – naguère – de l'hystérie et de la chlorose, et aujourd'hui de la ménopause, de la petite taille « idiopathique » de l'enfant ou de la dysfonction érectile sont bien connus. Sur cette question, voir notamment C. E. Rosenberg, « The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience », *The Milbank Quarterly* 2002; 80, 237-60; R. Moynihan, I. Heath et D. Henry, « Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering », *BMJ* 2002; 324: 886-891 et M. Angell, « Is academic medicine for sale? », *New England Journal of Medicine* 2000; 342: 1516-1518.

Une caractérisation raisonnée des souffrances et des maladies du passé

Une caractérisation des souffrances et les maladies du passé peut être réalisée avec des objectifs différents et pour répondre à plusieurs types de questions. Comme cela a déjà été souligné, les souffrances et les maladies font partie de l'existence humaine et l'étude de celles-ci, en vue de leur précision et de l'explication de leur retentissement sur la vie, est inscrite dans le programme d'histoire « totale » de l'homme naguère tracé par Lucien Febvre et Marc Bloch. Cette étude présente aussi un intérêt pour la science médicale contemporaine en raison des données qu'elle apporte sur la réalité historique et la dynamique des phénomènes pathologiques, leur émergence, leur diffusion et leurs relations avec l'environnement physique et humain²⁵. Par l'analyse de leur présentation, de leur reconnaissance et de leur conceptualisation, elle éclaire aussi la manière dont ont été élaborées les entités qualifiées de « maladie », ou considérées comme telles par la médecine, et questionne l'universalité des catégories pathologiques employées. À l'instar des études transculturelles, les analyses historiques offrent en effet la possibilité de reconnaître aux phénomènes pathologiques des expressions constantes, ou au contraire variables, qui orientent vers des pathogenèses où interviennent (pour schématiser) des mécanismes principalement biologiques ou principalement psychologiques, sociaux ou culturels. C'est particulièrement le cas en psychiatrie, par exemple, où les constructions nosologiques sont encore rudimentaires²⁶.

En recherche historique, il convient de bien distinguer les situations de type (A) dans lesquelles se posent des questions de caractérisation d'un problème de santé singulier de celles de type (B) dans lesquelles il s'agit d'évaluer l'état de santé d'une population : les options méthodologiques à adopter dans l'une ou l'autre situation ne sont en effet pas les mêmes. Dans les situations du premier type, celles qui concernent des cas singuliers, il faut encore distinguer :

– les situations de type (A1) où il importe de savoir si telle entité pathologique (aujourd'hui bien validée) était présente chez tels ou tels sujets, par exemple pour tester une hypothèse historique comme l'existence de la tuberculose au paléolithique, avant la domestication des bovidés, ou l'origine pesteuse (liée à *Yersinia pestis*) de la mort de sujets enterrés dans une fosse commune en 1348. Dans ces situations, il peut être nécessaire de mobiliser toutes les connaissances médicales contemporaines, voire des techniques biologiques sophistiquées pour répondre à la question posée au mieux de la science médicale actuelle. À un niveau d'ambition plus modeste, dans des études biographiques ou de microhistoire, on peut avoir à se poser la question de la pathologie présentée par tel ou tel individu, et les informations apportées par le diagnostic rétrospectif, même conjecturales, même assorties d'un niveau de probabilité – d'ailleurs pas toujours plus faible que d'autres hypothèses émises par l'historien – peuvent être utiles, surtout s'il s'agit d'une entité dont on connaît bien l'évolution ou les complications stéréotypées.

25. Voir O. Temkin, « An essay on the usefulness of medical history for medicine », *Bulletin of History of Medicine* 1946; 19: 9-47 et M. D. Grmek, « Préliminaire d'une étude historique des maladies », *Annales ESC* 1969; 24: 1473-83.

26. Je suis en complet désaccord avec German Berrios qui a affirmé que la recherche d'invariants biologiques était pertinente pour les maladies physiques mais pas pour les maladies mentales (« Such invariant may work well for heart murmurs, broken legs, lung tumours, or kidney stones, but not for madness ») (G. Berrios, « Preface », dans Y. Haskell, (dir.), *Diseases of the imagination and imaginary disease in the Early Modern Period*, Turnhout, Brepols, 2011, p. XXI-XXII). L'idée, héritée du dualisme, que la maladie mentale exige une approche tout à fait différente de celle utilisée pour les maladies « somatiques » est devenue indéfendable (voir ci-dessus les références sur le modèle biopsychosocial).

– les situations de type (A2) où il s’agit de comprendre le comportement d’un sujet, de ses soignants ou de son entourage dans son contexte, par exemple, pourquoi un patient recourut à tel ou tel traitement : il est plus pertinent ici de découvrir le ou les diagnostics médicaux qui auraient pu être portés à l’époque où vivait le sujet, qui expliquent mieux l’enchaînement, souvent rationnel²⁷, des conduites et des prises en charge. L’exercice demande évidemment une familiarisation avec la nosologie ou le système de classement des constructions nosologiques de l’époque considérée, ainsi qu’avec les techniques et raisonnements diagnostiques ou d’évaluation de la maladie de cette époque²⁸.

Dans les situations de type (B) où il s’agit d’évaluer l’état de santé d’une population, qui sont typiquement celles considérées en épidémiologie historique, il n’est pas question de faire des « diagnostics » mais d’employer des catégorisations fiables, robustes comme celles utilisées en épidémiologie contemporaine qui offrent un cadre de référence unique permettant de réaliser des comparaisons temporelles et spatiales des populations. J’ai proposé²⁹ de qualifier de diagnostic rétrospectif la procédure mise en œuvre dans les situations (A1), de diagnostic rétrolectif³⁰ la procédure mise en œuvre dans les situations (A2) et de catégorisation épidémiologique historique celle mise en œuvre dans les situations (B).

Il faut souligner que les problèmes posés par le diagnostic rétrospectif, le diagnostic rétrolectif et la catégorisation épidémiologique dans les sources anciennes se posent de manière différente selon la nature, le contenu et la richesse de ces sources. Les sources iconographiques et biologiques posent des problèmes spécifiques que je n’évoquerai pas ici³¹. Pour les sources textuelles, je suivrai Mirko D. Grmek, qui est revenu à plusieurs reprises dans son œuvre sur la question du diagnostic rétrospectif³². Celui-ci a distingué cinq situations principales selon les informations contenues dans les textes :

-
27. Un enchaînement que l’on peut essayer de reconstituer logiquement avec des méthodes comme l’analyse rationnelle de Karl Popper. Pour les leçons de K. Popper sur la manière de poser les problèmes en histoire, et l’importance d’explicitier les problèmes que les agents historiques avaient essayé de résoudre, voir notamment A. Boyer, *L’explication en histoire*, Lille, Presses Universitaires de Lille, 1992.
 28. Voir mon article, « Inférences causales et probabilistes dans le raisonnement diagnostique : un éclairage historique sur le débat contemporain » dans G. Lambert et M. Silberstein (dir.), *Matière première. Revue d’épistémologie : Épistémologie de la médecine et de la santé*, Éditions Matériologiques. Mis en ligne le 7 octobre 2010.
 29. Dans mon article, « Les registres hospitaliers d’admission, des sources pour l’épidémiologie historique de l’époque moderne. Leçons tirées de l’étude du registre de l’Hôtel Royal des Invalides (1670-1791) » dans É. Belmas et S. Nonnis-Vigilante (dir.), *La santé des populations civiles et militaires – Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve-d’Ascq, PU du Septentrion, 2010, p. 35-50.
 30. Il s’agit d’un néologisme, forgé avec le préfixe « retro » (« retour en arrière ») et le parfait latin du verbe lire, lectus (« lu »). Il me paraît utile d’utiliser un autre adjectif pour distinguer cette procédure du diagnostic « rétrospectif » et ainsi éviter la confusion de deux démarches aux objectifs différents.
 31. Sur l’analyse des sources iconographiques, voir M. D. Grmek et D. Gourevitch, *Les maladies dans l’art antique*, Paris, Fayard, 1998 et D. Wallach et J. Coste, G. Tilles et A. Taieb, « The first images of atopic dermatitis : an attempt at retrospective diagnosis in dermatology », *Journal of the American Academy of Dermatology* 2005 ; 53 : 684-9. Pour les sources biologiques, voir notamment O. Dutour, *La paléopathologie*, Paris, Comité des travaux historiques et scientifiques, 2011. Ces dernières années, les techniques d’analyse moléculaire (incluant l’analyse de l’ADN ancien) ont renouvelé la paléopathologie et ont permis diverses avancées, comme de clore le vieux débat sur l’origine pesteuse de l’épidémie de 1348.
 32. M. D. Grmek, *Les maladies à l’aube de la civilisation occidentale...*, op. cit. ; M. D. Grmek, « Le diagnostic rétrospectif des cas décrits dans le livre V des Épidémies hippocratiques », dans J. A. Lopez Ferez (dir.), *Tratados hipocraticos : actas del VI^e Colloque international hippocratique (Madrid 1990)*, Madrid, Universidad nacional de educación a distancia, 1992, p. 187-200 ; « Un diagnostic rétrospectif sur des cas hippocratiques concrets », dans D. Gourevitch (dir.), *Histoire de la médecine, leçons méthodologiques*,

A) La situation simple représentée par les blessures et les traumatismes : en effet, une fracture ou une plaie mentionnée dans une source ancienne peut être transposée sans trop de difficulté dans le cadre nosologique de la traumatologie actuelle.

B) La situation dans laquelle un diagnostic médical ancien est énoncé dans le texte : dans celle-ci, Grmek a indiqué que la transposition peut être acceptable quand l'entité nosologique est restée stable depuis la rédaction du texte (par exemple l'épilepsie grand mal), et qu'elle est envisageable lorsque seules des nuances subtiles sont intervenues dans la définition de l'entité (comme dans le cas de la hernie inguinale ou de l'hydrocèle). Dans les autres cas, quand il y a eu une restriction importante de l'usage du terme et une division de l'entité initiale (par exemple pour la « goutte »), un glissement considérable de la terminologie et une refonte de l'entité (par exemple pour le « rhumatisme ») ou un abandon complet de celle-ci (comme l'« hydropisie »), la transposition doit être considérée comme impossible.

C) La situation dans laquelle les symptômes ou les signes sont décrits dans la source, avec ou sans nom de maladie : dans celle-ci, il est parfois possible de faire un diagnostic rétrospectif quand les symptômes ou les signes décrits sont pathognomoniques ou très spécifiques d'une entité nosologique contemporaine (par exemple, la forme conique de la cornée pour le cas de kératocône présenté plus loin). Cette possibilité de diagnostic rétrospectif dépend bien entendu de la richesse descriptive de la source considérée.

D) Les situations dans lesquelles les symptômes ne sont pas précisément décrits, voire même E) pas décrits du tout : dans ces situations, il n'est évidemment pas possible de faire de diagnostic rétrospectif, encore qu'il puisse être souvent possible de déterminer si l'entité pathologique était de nature traumatique ou non.

Quelques exemples de caractérisation de souffrances et des maladies à l'époque moderne

J'ai appliqué l'approche du diagnostic rétrospectif et de la catégorisation épidémiologique précédemment décrite à l'étude des problèmes de santé décrits dans deux corpus très différents : les *consilia* et consultations des médecins français de l'époque moderne (2027 textes³³) et les notices des soldats inscrits dans le registre de l'Hôtel royal des invalides (1/10 des notices, 11 528 soldats et 15 444 problèmes de santé mentionnés et analysés³⁴).

Les résultats présentés dans le tableau 2 indiquent qu'un diagnostic rétrospectif précis s'avère possible pour un peu moins de 18 % des patients concernés par les consultations des médecins français, la plupart du temps quand des symptômes ou des signes pathognomoniques sont trouvés dans les textes. Comme on pouvait l'attendre d'écrits concernant des problèmes de santé pris en charge par des médecins, très peu de diagnostics rétrospectifs ont pu être faits dans le contexte de blessures et de traumatismes (0,1 % des consultations). Parmi les diagnostics rétrospectifs précis qui ont pu être portés, je mentionnerai la grande fréquence des épilepsies (de la

Paris, Ellipses 1995; *Les maladies dans l'art antique*, op. cit.; « Le diagnostic rétrospectif », dans Hippocrate, *Épidémies V et VII* (avec Jacques Jouanna), Paris, Belles lettres, 2000.

33. Voir mon livre, *Les écrits de la souffrance : la consultation médicale en France (1525-1825)*, Seyssel, Champ Vallon, 2014.

34. Soit 1,34 problèmes en moyenne par soldat, certains soldats avaient jusqu'à 5 problèmes consignés dans le registre. Voir « Les registres hospitaliers d'admission... », op. cit.

forme « grand mal », généralisée), des lithiases urinaires, des infections sexuellement transmissibles (gonococcies ou trichomonases, syphilis, infections à papillomavirus), des tuberculoses pulmonaires, ostéo-articulaires et ganglionnaires, et celle, moindre, des cancers (sein, utérus, testicule, langue), du scorbut, des accidents vasculaires cérébraux et de l'angine de poitrine, comme dans cette consultation donnée par Lazerme à Montpellier le 27 mai 1749 :

« Les douleurs que Monsieur sent depuis quelque temps sur le devant de la poitrine, qui s'étendent jusqu'aux épaules et au dos, les lassitudes qu'il éprouve quelquefois, aussi bien que les troubles de la tête avec des vertiges qui l'épouvantent et lui font craindre une maladie sérieuse [...]»³⁵. »

Un certain nombre de consultations données pour des sujets avec de probables troubles mentaux ont fait l'objet d'une analyse complémentaire par des psychiatres utilisant le DSM-IV-R³⁶. Il a été trouvé des troubles mineurs anxieux, dépressifs ou somatoformes, mais aussi quelques sujets présentant des tableaux plus sérieux comme des troubles de l'humeur graves ou des éléments dissociatifs évoquant la schizophrénie. Un trouble bipolaire peut par exemple être évoqué dans une consultation de Dumas, au début du XIX^e siècle, pour une femme de 40 ans qui,

« après avoir passé les premières années de sa vie dans un monde très-agité, [...] est tombée dans une situation tout à fait différente. [On] a vu une malade livrée alternativement à des accès de fureur et d'apathie, de silence et de loquacité, de préoccupation et d'indifférence, de folie et de stupidité. [...] La série des symptômes exposés dans le Mémoire ne laisse aucun doute sur la réalité de l'affection hystérique, avec désir immodéré pour le commerce des hommes³⁷ ».

Je citerai encore une consultation pour une maladie oculaire rare à composante génétique, le kératocône, décrit en 1854 par Nottingham mais observé sans doute possible le 20 avril 1799 par Victor Broussonet :

« Le C[itoye]n Dominique Jean Marie Chapel qui réclame nos conseils est âgé de vingt et un ans et se plaint depuis son enfance de foiblesse dans l'organe de la vue ; sa grand-mère paternelle qui a porté dans la famille le germe de cette affection l'a communiqué à tous ses petits-fils. En examinant les yeux du consultant, on s'aperçoit d'abord que la convexité extraordinaire de la cornée transparente doit rendre plus difficile l'exercice de la vue, et que n'est qu'à l'aide de verres concaves qu'il peut jouir entièrement de ce sens³⁸. »

Pour les soldats inscrits dans le registre de l'Hôtel royal des invalides, un diagnostic rétrospectif a été possible dans un peu plus de 55 % de problèmes de santé. Un coup de fusil dans la jambe ou un coup de sabre qui a emporté un bras n'ont pas, en effet, présenté trop de problèmes de catégorisation rétrospective... Entre des milliers d'exemples, on citera celui, particulièrement dramatique, qui toucha Claude Joseph Jannet, originaire de Besançon, « apprentis bombardier » au régiment

35. *Consultations choisies de plusieurs médecins célèbres de l'université de Montpellier sur des maladies aiguës et chroniques. Tome neuvième*. Paris, Durand et Pissot fils, 1751, p. 197.

36. La méthodologie du travail et l'analyse d'une dizaine de cas ont été présentées dans J. Coste et B. Granger, « Les troubles mentaux dans les écrits médicaux anciens : méthodes de caractérisation et application aux consultations françaises des XVI^e-XVIII^e siècles », *Annales médico-psychologiques* 2014; (sous presse).

37. C.-L. Dumas, *Consultations et observations de médecine*, Paris; Gabon, 1824, p. 238-9. Voir l'analyse détaillée de ce cas dans « Les troubles mentaux dans les écrits médicaux anciens... », *op. cit.*

38. *Registre des consultations médicales de François Broussonet (commençant le 25 sept. 1765), continué par son fils Victor, en 1795 (terminé le 21 floréal, an 9)*, Manuscrit H 556 (Bibliothèque Universitaire de Médecine de Montpellier), p. 107.

du Royal-artillerie, admis à l'Hôtel Royal le 11 février 1751 à l'âge de 16 ans après seulement six mois de services, avec « la jambe droite coupée l'ayant eü fracassée par une bombe à l'école à Besançon³⁹ ».

Pour la catégorisation épidémiologique, j'ai eu recours à un système bi-axial, dérivé de la dixième et dernière révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), utilisée dans beaucoup d'études épidémiologiques contemporaines. En effet, dans les cas mêmes où aucune entité nosologique contemporaine n'est précisément identifiable, il reste souvent possible de déterminer, d'une part, la nature du problème de santé (traumatique, tumorale, infectieuse, etc.) et d'autre part, l'appareil ou le système de l'organisme concerné (respiratoire, digestif, nerveux, etc.). Au total, la catégorisation épidémiologique des problèmes de santé présentés a été possible pour 80,6 % des 2027 patients concernés par les consultations étudiées et pour 87,6 % des 15444 problèmes pathologiques présentés par les militaires adressés à l'Hôtel royal des invalides (Tableau 3). Chez les malades ayant fait l'objet de consultations écrites, les « maladies infectieuses » ou plus exactement les affections caractérisées par une fièvre et/ou un écoulement de pus étaient courantes et incluaient de nombreux cas de suppurations pulmonaires chroniques pouvant suggérer une tuberculose. Les affections tumorales étaient en revanche peu fréquentes, de l'ordre de 5 % des cas, mais il ne s'agissait bien sûr que de tumeurs visibles et extériorisées, comme celles du sein, du testicule et de l'utérus. Pour une importante fraction de près de 20 % des cas, l'appareil ou le système atteint n'a pu être précisé, notamment lorsqu'il s'agissait de symptômes respiratoires et d'« hydropisies » (associant œdèmes périphériques et épanchement des séreuses) pour lesquelles la distinction entre pathologie cardiaque et respiratoire ou même rénale était impossible, bien que l'on puisse penser que les insuffisances cardiaques étaient les plus fréquentes. À côté de cette catégorie, on peut remarquer la présence importante des maladies génito-urinaires (18 %), des maladies digestives (17 %), des maladies neurologiques, mentales et des organes des sens (18 % au total) et enfin des maladies ostéo-articulaires et cutanées (environ 5 % pour chacune de ces catégories). Les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies du sang et des organes hématopoïétiques ainsi que les maladies endocriniennes et nutritionnelles sont plus rarement évocables, faute pour ces dernières d'une sémiologie clinique très spécifique (sauf exception) et bien sûr de l'existence à cette époque des techniques biologiques nécessaires à leur identification. Chez les militaires adressés à l'Hôtel royal des invalides, on remarque la fréquence des pathologies de nature traumatique, présentes dans plus de la moitié des cas, puis celle des pathologies oculaires dans près de 10 % des cas, des pathologies du système ostéo-articulaire et de l'appareil digestif dans 7 % chacune (pour ces dernières, il s'agit surtout de la hernie, essentiellement inguinale, qui représentait à elle seule 5 % du total des pathologies présentées). On remarque ici aussi une fraction de 13 % de pathologies dont l'appareil ou le système atteint n'a pu être déterminé, constituée en bonne part de symptômes respiratoires et d'hydropisie. Les fièvres et/ou les affections caractérisées par des écoulements de purulents étaient marginales chez ces militaires, en parfait accord avec la vocation de l'Hôtel des Invalides qui était la prise en charge des handicaps, à distance des maladies aiguës. Les tumeurs aussi étaient peu nombreuses, mais il ne s'agissait également que de tumeurs visibles et extériorisées, celles de la peau et des lèvres essentiellement.

39. SHD-DAT, sous-série Xy, registre 2 Xy 35, n° m. 76295.

Remarques conclusives

Le diagnostic rétrospectif, le diagnostic rétrolectif et la catégorisation épidémiologique sont trois méthodes proposées pour permettre à l'historien de répondre de manière pragmatique à différentes questions posées par les souffrances et les maladies du passé. Des méthodes imparfaites, certes, et des réponses apportées nécessairement incomplètes voire pointillistes mais qui apparaissent néanmoins préférables à l'évaluation « au doigt mouillé » qui a souvent prévalu dans l'histoire des maladies et des épidémies, et plus encore au refus de savoir et d'expliquer les souffrances des populations du passé. En pratique, la mise en œuvre de ces méthodes doit être multidisciplinaire. Si les médecins compétents et intéressés par ce type d'exercice sont, en règle générale, faciles à trouver, il appartient aux historiens d'apporter les méthodes et la rigueur, celle de la critique historique qu'elle soit prise chez Langlois et Seignobos⁴⁰ ou chez Marc Bloch⁴¹. L'historien doit également être le garant de la déontologie et de l'éthique de la recherche. Il ne doit pas juger, il doit critiquer mais aussi respecter les textes, comme le savoir et les connaissances des disciplines amenées à collaborer avec la sienne, qui seront toutes évalués à l'aune commune de la validation et de la vérification. Pour sa part, il doit veiller à la vérification et à l'établissement des faits, à la reconstruction de leurs enchaînements dans un souci constant de l'exactitude et de la vérité. Carlo Ginzburg a bien montré les dangers du relativisme post-moderne pour l'histoire et la « pente glissante » conduisant du constructivisme au relativisme, et du relativisme au révisionnisme⁴². La recherche de la vérité, ou de la réalité des faits, ici des faits pathologiques, et leur meilleure appréhension possible avec tous les moyens, méthodes et concepts disponibles doit être une exigence déontologique et éthique de ces études historiques.

En matière de caractérisation des souffrances et les maladies dans les textes anciens, il ne faut donc pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Il y a une *via media* entre le positivisme ingénu et le relativisme roué. Ce dernier, qui ne fournit pas d'épistémologie et qui remet en question la valeur de la connaissance elle-même, est probablement le plus redoutable. La *via media* avec les méthodes présentées ici peut contribuer à enrichir la connaissance des souffrances et des maladies éprouvées par les individus et les populations du passé de manière équilibrée et respectueuse de la complexité des phénomènes morbides, des interactions multiples de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui doivent tous être appréhendés avec des concepts et des méthodes éprouvés.

40. C.-V. Langlois, C. Seignobos, *Introduction aux études historiques*, Paris, Kimé, 1992 (1^{re} édition : 1898).

41. M. Bloch, *Apologie pour l'histoire ou métier d'historien*. Paris, Colin, 1999 (1^{re} édition 1949).

42. C. Ginzburg, *Le fil et les traces, Vrai faux fictif*, Lagrasse, Verdier, 2006 et *Id.*, *Rapports de force*, Paris, Gallimard-Le Seuil, 2000.

Tableau 1. Type d'entité nosologique selon les manifestations, lésions, mécanismes et causes des affections

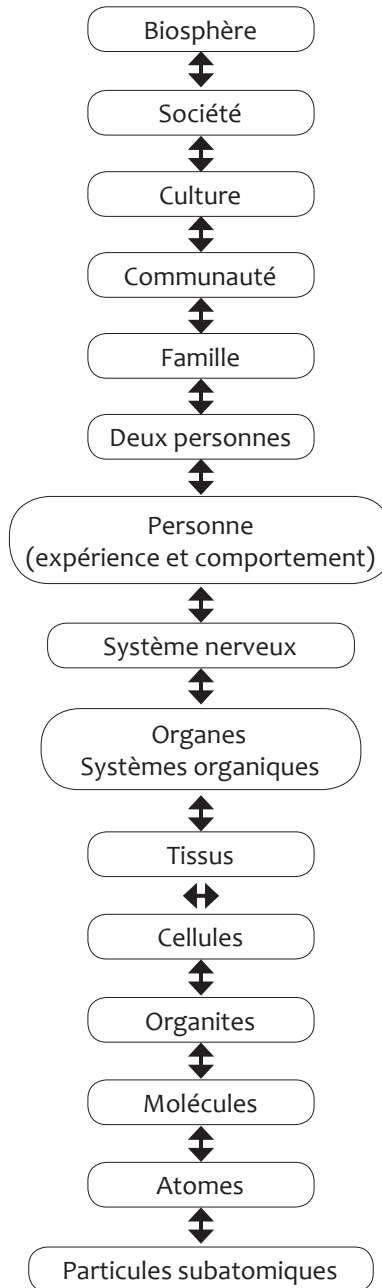
| Groupe 6 | Groupe 5 | Groupe 4 | Groupe 3 | Groupe 2 | Groupe 1 |
|---|---|---|---|--|--|
| Affection définie par : Simple trouble <hr/> | Affection définie par : Plusieurs signes ou Syndrome <hr/> | Affection définie par : Plusieurs signes et/ou Syndrome + évolution <hr/> | Affection définie par : Signes et/ou Syndrome + évolution + Lésions et/ou Physio-pathologie <hr/> | Affection définie par : Signes et/ou Syndrome + évolution + Lésions et/ou Physio-pathologie + Cause <hr/> | Affection due à une : Anomalie innée du DNA + permanence + Conséquences Cliniques Lésionnelles Physio-pathologiques <hr/> |
| Exemples : La plupart des troubles mentaux | Exemples : lumbago aigu, dépression majeure | Exemples : Polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques | Exemples : La plupart des tumeurs Nécrose tissulaire ischémique | Exemples : Fièvre typhoïde Paludisme Cancer du col utérin lié au papillomavirus | Exemple : Mucoviscidose NFI |

Tableau 2. Possibilité de diagnostic rétrospectif des pathologies présentes dans les *consilia* et consultations des médecins français de l'époque moderne (n = 2 027) et dans les notices des soldats inscrits dans le registre de l'Hôtel royal des invalides (HRI) (15 444 problèmes pathologiques)

| | Consilia et consultations (n = 2 027) | Registre de l'HRI (15 444 problèmes pathologiques) |
|--|--|--|
| Type (%) | | |
| Blessures (1) | 0,1 | 53,5 |
| diagnostic énoncé | 68,7 | 17,7 |
| diagnostic non énoncé et symptômes non présentés | 4,6 | 0,9 |
| symptômes décrits sans nom | 25,3 | 1,1 |
| symptômes trop imprécis | 1,3 | 13,1 |
| Diagnostic énoncé (%) | | |
| entité reste valable aujourd'hui (2) | 6,2 | 1,2 |
| nuances subtiles | 10,7 | 7,7 |
| restriction importante | 18,0 | 4,0 |
| glissement considérable | 9,6 | 3,3 |
| changement complet | 24,5 | 1,6 |
| diagnostic non énoncé | 31,1 | 82,3 |
| Caractérisation symptômes (%) | | |
| (Non décrits) | 8,9 | - |
| symptômes ou signes pathognomoniques (3) | 15,0 | - |
| insuffisance d'éléments discriminants | 53,9 | - |
| tableau non spécifique | 22,1 | - |
| signes peu communs- éléments contradictoires | 0,1 | - |
| Diagnostic rétrospectif possible (%) (1) ou (2) ou (3) | 17,8 | 54,7 |

Tableau 3. Catégorisation épidémiologique des maladies pathologies présentes dans les *consilia* et consultations des médecins français de l'époque moderne (n = 2027) et dans les notices des soldats inscrits dans le registre de l'Hôtel royal des invalides (HRI) (15 444 problèmes pathologiques)

| | Consilia et consultations (2027 patients) | Registre de l'HRI (15 444 problèmes pathologiques) |
|--|---|--|
| Absence de maladie | 0,5 | |
| Nature ou mécanisme de l'affection | | |
| Affection épidémique | 0,6 | 0,0 |
| Affection fébrile ou purulente | 27,8 | 0,8 |
| Affection malformative | 0,1 | 0,0 |
| Affection traumatique et empoisonnement | 0,8 | 53,5 |
| Affection tumorale | 4,7 | 0,2 |
| Pathologie de la grossesse | 1,9 | - |
| Appareil ou système atteint | | |
| Multiple ou imprécisable | 19,4 | 12,4 |
| Non localisée | 1,5 | 8,1 |
| Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques | 1,7 | 0,0 |
| Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire | 1,2 | 0,1 |
| Maladies du système nerveux | 10,1 | 1,2 |
| Maladies mentales | 3,6 | 0,1 |
| Maladies de l'œil et de ses annexes | 3,0 | 8,2 |
| Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde | 1,4 | 1,3 |
| Maladies de l'appareil circulatoire | 2,4 | 0,0 |
| Maladies de l'appareil respiratoire | 10,3 | 0,3 |
| Maladies de l'appareil digestif | 17,3 | 6,5 |
| Maladies de l'appareil génito-urinaire | 17,5 | 1 |
| Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. | 4,9 | 0,6 |
| Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif | 5,2 | 6,6 |
| Pathologies multiples | 11,9 | - |

Figure 1. Modèle biopsychosocial selon Engel : niveaux d'organisation⁴³

43. Adapté de G. L. Engel, "The clinical application of the biopsychosocial model", *op. cit.*