
Médecine et prévention de la santé à Milan à la fin du Moyen Âge

Marilyn Nicoud

**Édition électronique**

URL : <https://journals.openedition.org/siecles/3212>

DOI : [10.4000/siecles.3212](https://doi.org/10.4000/siecles.3212)

ISSN : 2275-2129

Éditeur

Centre d'Histoire "Espaces et Cultures"

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2001

ISBN : 2-84516-179-4

ISSN : 1266-6726

Référence électronique

Marilyn Nicoud, « Médecine et prévention de la santé à Milan à la fin du Moyen Âge », *Siècles* [En ligne], 14 | 2001, mis en ligne le 07 juin 201, consulté le 10 juin 2022. URL : <http://journals.openedition.org/siecles/3212> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/siecles.3212>

Ce document a été généré automatiquement le 10 juin 2022.

Tous Droits Réservés

Médecine et prévention de la santé à Milan à la fin du Moyen Âge

Marilyn Nicoud

« Attendre con altro studio et diligentia a la
conservatione et salute de la cita »¹.

Se préserver de la maladie, conserver la santé sont des préoccupations partagées par les élites sociales à la fin du Moyen Âge. Elles font aussi partie des devoirs du praticien formé à l'université, qui doit non seulement soigner les affections, mais encore maintenir en bonne santé le corps de son patient. Mais dans le cadre des régimes de santé qu'il est conduit à rédiger souvent à la demande de quelques heureux destinataires, le médecin ne se préoccupe que d'hygiène individuelle et c'est à la sphère intime, au domaine privé, que s'appliquent les règles de vie qu'il préconise de suivre². Est-ce à dire que ni les « physiciens » ni les autorités publiques n'envisageaient comme relevant de leurs responsabilités la sauvegarde de la santé collective ?

Longtemps a prévalu la perception négative d'un Moyen Âge, peu enclin à proposer à ses contemporains une véritable politique sanitaire, si on compare ses résultats aux réalisations de l'époque moderne³. Mais les attentions aux soins du corps et au bien-être individuel sont-elles si éloignées d'une conception plus large d'une santé publique dont les gouvernants seraient les garants⁴ ? Les études récentes consacrées au phénomène de « médicalisation » de la société occidentale aux derniers siècles du Moyen Âge⁵ ont montré le contraire : la constitution d'un corps de professionnels plus ou moins contrôlé dans sa formation et dans l'exercice de son métier par la faculté de médecine et par le collège des « physiciens » de la ville, l'engagement par les communes de médecins salariés, la transformation des structures hospitalières de lieux charitables en établissements de soins, sans oublier les législations urbaines en matière de ravitaillement ou d'évacuation des déchets, parfois prises au nom de la santé publique, montrent un certain souci d'hygiène et de contrôle sanitaire. Ce tableau général et bien peu nuancé mérite un examen plus précis quant à l'émergence d'une notion de conservation de la santé publique, au rôle dévolu aux médecins en ce domaine et aux résultats obtenus. Milan, capitale d'une importante principauté

territoriale, au cœur d'une Italie du Nord souvent perçue comme un précurseur sur ces questions, constitue un terrain d'enquête stimulant.

L'émergence d'une *conservatio sanitatis* au service de la *conservatio civitatis*

Depuis les XII^{ème} et XIII^{ème} siècles, le corps médical comme les autorités urbaines érigent souvent en principe d'action, pour légitimer leurs prérogatives ou leurs décisions, la notion d'utilité commune empruntée à la philosophie morale aristotélicienne. En son nom et pour défendre le bien de tous, médecins et gouvernants agissent dans des registres larges qui incluent aussi bien le champ de l'assistance charitable, du ravitaillement, de l'éducation que celui de la santé publique⁶. Préposés à la *conservatio civitatis*, ces derniers évoquent parfois la *conservatio sanitatis* comme fin ultime de leur législation sans pour autant offrir à leur politique une véritable cohérence en matière de contrôle sanitaire. En période de calme épidémiologique, l'assainissement consiste en effet en une série de mesures souvent semblables d'une cité à l'autre, qui concernent quelques domaines particulièrement sensibles aux pollutions d'origine organiques ou chimiques⁷ et qui visent pour l'essentiel, selon les principes galéniques en vigueur, à purifier l'air et l'eau, agents pathogènes par excellence : la qualité des denrées alimentaires à la vente, le rejet des déchets domestiques, l'évacuation des résidus produits par des métiers polluants, le nettoyage des fosses, l'ensevelissement des morts, ou encore l'approvisionnement en eau donnent ainsi généralement lieu à une législation embryonnaire⁸. Mais ces décisions ne découlent pas d'une rubrique unique consacrée à la salubrité urbaine (qui montrerait l'émergence d'un réel souci de santé publique), mais relèvent en fait des catégories classiques du droit communal. Préoccupations sanitaires et litiges entre droit public et droit privé (à propos de la réglementation des métiers par exemple), ou encore simple volonté d'ornementation de la ville où le pouvoir s'affiche en représentation dans ses espaces publics sont parfois inextricablement mêlés. Ainsi, le pavage des rues décidé à Milan en 1470 par Galeazzo Maria Sforza est aussi bien légitimé par le souci d'hygiène (faciliter notamment l'évacuation des eaux) que par un désir d'embellir la ville. De même, l'expulsion hors de certains périmètres urbains de populations considérées comme dangereuses (fous, prostituées, pauvres) s'explique autant par des préoccupations « hygiénistes » que par des raisons morales et sécuritaires : au XIV^{ème} siècle, on interdit la vente de denrées au Broletto (place civique de Milan, où se montre le pouvoir politique et économique) ; en 1412, il est fermé aux prostituées et en 1421, on le protège des panteurs de la ville en prohibant l'exercice de certaines activités polluantes dans son voisinage⁹.

À partir du milieu du XV^{ème} siècle, à l'époque de Francesco Sforza, l'assainissement semble gagner en cohérence ; du moins, sont réalisés dans la ville un certain nombre de travaux, au premier rang desquels des aménagements hydrauliques et la construction de la Ca'Granda, grand hôpital aux principes architecturaux hygiénistes, qui montrent que le *buon governo* est perçu non seulement comme un contrôle social, mais aussi sanitaire de la ville et de sa population¹⁰. Sans doute, la peste (et son cortège de pestilences parfois difficiles à identifier), a-t-elle accéléré le phénomène et constitué un nouveau défi pour les gouvernants, à Milan comme ailleurs. La mention « *pro morbo* », plus fréquente aux XIV^{ème} et XV^{ème} siècles, pour légitimer de nouvelles décisions dans

les statuts et ordonnances urbaines, de même que révocation de la contagion ou de la corruption de l'air (certes déjà mentionnée par Frédéric II en 1231 dans les Constitutions de Melfi), montrent l'évolution de l'attitude des pouvoirs publics face à la conservatio sanitatis des populations et l'essor d'une législation de temps de peste, étudiée dans ses rapports avec le discours médical pour des cités toscanes par John Henderson ou par Ann G. Carmichael, par exemple¹¹.

À la fin du XIV^{ème} siècle, ce sont les faubourgs de Milan qui font l'objet d'une législation « ut a peste conservetur ». En 1496, la ville de Milan est à nouveau interdite aux mendiants venus des montagnes et vallées environnantes dont le mode de vie est considéré comme susceptible de causer « qualche contagione di peste »¹². La protection de la santé publique, du moins face à certains fléaux, devient l'une des priorités des autorités urbaines¹³.

La pollution produite par les activités industrielles¹⁴ n'est plus seule en cause, si tant est qu'elle ait été réellement perçue comme responsable de pathologies spécifiques. En réalité, selon les autorités compétentes dans le domaine médical, il n'y a pas de maladie à caractère urbain¹⁵, à l'exception de la peste au XV^{ème} siècle surtout, qui touche sans réelle discrimination tous les habitants (sauf peut-être les plus robustes). Ainsi Milan n'est-elle pas dite « netta e sana » par le commissaire à la santé lorsque l'épidémie est enrayée ? Dans leurs ouvrages thérapeutiques, les médecins n'évoquent que des pathologies individuelles.

Hormis les traumatismes causés par des facteurs accidentels, les maladies proviennent en effet, selon les théories en vigueur depuis l'Antiquité, d'un dérèglement humoral, lui-même provoqué par des facteurs extérieurs à l'organisme mais en contact étroit avec lui : ces « choses non naturelles », au premier rang desquelles l'air et l'alimentation, sont les principales responsables des pathologies et la peste n'échappe pas à ce schéma d'explication¹⁶.

Dans ce contexte qui fait de l'air le principal responsable de l'épidémie, assainir la ville, c'est d'abord au Moyen Âge la protéger de la peste.

« Tenire curata e monda la citade » : les médecins et la lutte contre la peste

Lieu refuge tant qu'elle y échappe, la ville devient rapidement le lieu à fuir dès que l'épidémie s'y propage. L'entassement, la pauvreté, le manque d'hygiène favorisent sa diffusion rapide ; y faisant en quelques jours un grand nombre de morts, la peste apparaît dans les mentalités comme une « macule urbaine » par excellence. Devant l'inanité constatée des thérapies médicales, nettoyer la ville, l'assainir consiste au mieux à empêcher son entrée, au pire à endiguer sa propagation à l'intérieur des murs. L'idée de prévention progresse, elle, au gré des recrudescences pesteuses.

Dans cette lutte, les historiens ont souvent eu tendance à opposer les théories des médecins considérées comme rétrogrades au bon sens des autorités publiques, seules capables de percevoir selon eux la contagion¹⁷. Or l'examen des sources savantes témoigne de la forte imbrication entre les conceptions aéristes et contagionnistes. Le Milanais Pietro da Tossignano définit ainsi quatre causes principales de propagation de l'épidémie : l'air corrompu, les lieux infectés, la disposition naturelle de l'individu (qui rend certaines personnes plus susceptibles que d'autres d'être contaminées) et le

contact avec un malade. Et il ajoute à propos des prisonniers ou des moines que si l'un d'eux est atteint, les autres sont disposés à l'être parce qu'ils habitent ensemble, partagent un même régime et respirent un même air. Cardo da Spanzotis, médecin de Gian Galeazzo Visconti, parlant d'un « morbus contagiosus » recommande « quantum possibile est, ne pacientibus pestentialibus aproximatur, quia contagiosus est aer, contingens rationi aeris infecti per ipsos pestilenticos »¹⁸. L'air est contagieux parce qu'infecté par les pestiférés. Au-delà des contradictions apparentes de vocabulaire, qui font des hommes ou de l'air les agents de la contagion, les témoignages contemporains attestent surtout un recours constant des autorités urbaines aux praticiens, étroitement contrôlés depuis 1396¹⁹, signe d'une participation active de ces derniers au combat contre l'épidémie et d'une confiance renouvelée dans leur action qui prend plusieurs formes²⁰.

Cette participation apparaît d'abord comme une collaboration intellectuelle, lorsque des médecins de renom, sur demande des autorités ou de leur propre initiative, rédigent à l'adresse des princes ou des pouvoirs communaux, des régimes de santé contre la peste, censés expliquer les causes de la maladie, ses facteurs de propagation et les moyens de la soigner. De thérapeutiques, ces ouvrages qui diffusent un embryon de savoir médical sont rapidement devenus préventifs devant l'impossibilité de traiter les patients atteints. Si le régime le plus célèbre (*Compendium de epidemia*) émane de la faculté de médecine de Paris à l'instigation du roi Philippe VI de Valois²¹, Milan ne fut pas en reste où Cardo da Spanzotis en 1360, Maino de Maineri en 1363 au moment d'une recrudescence pesteuse ou encore Pietro da Tossignano, à la fin du siècle, sans oublier Antonio Guainerio pour Filippo Maria Visconti et Benedetto Reguardati à l'époque de Francesco Sforza, adressèrent au duc, en tant que garant de la santé des habitants de la ville, le fruit de leur réflexion.

Quoiqu'ils relèvent en règle générale d'une prévention individuelle, les présupposés étiologiques de ces traités fondent nombre de décisions générales, telles que l'isolement de la ville devant la propagation de la maladie dans les régions avoisinantes. En effet, tant que la peste se cantonne à l'extérieur du territoire urbain, il s'agit de « tenere curata et monda da li infecti la citade tuta con il populo vostro », comme l'affirme l'Office de santé en mai 1468²². L'action préventive des autorités consiste donc à isoler la capitale du duché et à repousser la maladie au-delà des trois fleuves qui l'entourent : le Pô, l'Adda et le Tessin. Pour ce faire, l'accès à Milan fait l'objet d'un contrôle strict : les officiers des « bollette », qui surveillent les déplacements des individus à l'intérieur du duché sont chargés de faire respecter les décisions officielles en matière sanitaire, en empêchant notamment toute personne étrangère d'entrer en ville²³. Ils rédigent aussi, sur approbation du commissaire à la santé, des autorisations de circulation qui portent mention que l'individu « sanus et illesus est cum tota sua domo et familia et recedit a domo parochie et vicinea sanis et illexis a qualibus pestis contagione et macule » ; il lui est alors permis d'« ire stare morari ingredi et hospitari in quibuslibet domo terra castra civitate villis et hospicio tute libere »²⁴.

Si, en dépit des mesures de protection, facilement détournées il est vrai, la peste pénètre en ville, le rôle effectif des médecins devient essentiel, eux qui, dans leur quotidien, sont parmi les premiers témoins de l'épidémie et les mieux informés du fait de leur expérience personnelle. Leur action, dans la lutte contre la propagation de la maladie, prend surtout l'allure d'une campagne de prévention, loin de réelles prétentions thérapeutiques. Du moins, les sources n'en portent pas témoignage. On voit les praticiens participer aux délibérations de l'Office de santé²⁵, chargé de la

« conservatio sanitatis », un organisme devenu collégial et permanent à Milan depuis 1451 : « physiciens » de la cour et, au premier rang d'entre eux, l'un des plus célèbres, Benedetto Reguardati (au service de Francesco Sforza depuis les années 1440), et « medici condotti » sont appelés à se réunir pour proposer de nouveaux moyens de lutte contre l'épidémie²⁶. Surtout, depuis le milieu du XV^{ème} siècle et, à la différence d'autres cités italiennes, l'Office de santé milanais s'est ouvert au corps médical puisqu'il compte dans ses rangs un médecin, un chirurgien et un barbier. Le rôle du praticien prend dès lors une forme institutionnelle.

Toutefois, au-delà de leur participation à l'élaboration d'une politique sanitaire (qui n'est pas toujours attestée ailleurs, du reste), leur action se mesure aussi sur le terrain, par le biais d'enquêtes ponctuelles lorsque surgissent de nouveaux cas, mais plus encore au quotidien, dans l'exercice même de leur profession. Considérés désormais comme des experts d'une maladie qui ravage l'État lombard depuis un demi-siècle, les praticiens doivent depuis la fin du XIV^{ème} désigner les malades potentiels qu'il convient d'isoler dans les « loca morbosa » organisés à cet effet. Ils sont aussi contraints, comme les chirurgiens du reste, de déclarer tout cas de malade qui ne serait pas suivi par un médecin mais aussi leurs propres patients (qu'ils soient suspects de peste ou pas)²⁷. Ce contrôle qui vise à suivre les progrès de l'épidémie en ville a laissé une abondante documentation (quoiqu'incomplète) émanant de l'Office de santé, sous la forme d'une liste quotidienne des morts où figurent le lieu du décès (la porte d'enceinte et la paroisse), le nom, l'âge et l'activité du défunt, les causes et les symptômes de sa maladie, enfin le nom du médecin qui a opéré le constat. Sur la même missive, sont mentionnés les cas suspects assortis d'une description succincte des signes pathologiques.

Plus que thérapeutique, l'action du médecin vise donc à circonscrire l'épidémie, à limiter son extension, à découvrir son cheminement, ses origines et ceux par lesquels elle se transmet. Le résultat n'est pas une topographie urbaine de la maladie, même si certains quartiers sont clairement désignés comme « contrata contaminata »²⁸. Il s'agit plutôt d'une sorte de compte rendu quotidien de la situation épidémiologique, visant à désigner les lieux et les hommes touchés par le fléau. Résulte de ce maillage de l'espace urbain milanais une abondante correspondance adressée chaque jour par les députés à la santé au duc de Milan. Son contenu repose pour partie sur les remarques du praticien engagé par l'Office, qui consigne au matin les observations de la nuit²⁹. Giovanni Catalano, depuis 1451, parcourt la ville en tous sens, aidé parfois par maître Dionysio (sans doute Dionysio Reguardati) et par Giovanni da Melegnano. Il interroge les malades, l'entourage, les témoins, le voisinage, rend compte de l'apparition de bubons, retrace le parcours de la maladie d'une maison à une autre, du lieu de vie vers le lieu de travail, d'un individu à un autre au gré d'une simple conversation. Corruption de l'air et contagion surtout sont responsables d'une contamination de « proximité » qui permet presque d'anticiper le cheminement de la maladie, jusqu'au moment où, sans raison apparente, « procedendo in diversi loci et parochie », le commissaire à la santé déclare : « ho perso la strata di la contagione »³⁰. La lutte contre la maladie qui a envahi le territoire urbain consiste donc à la circonscrire et à la dénombrer par l'enquête, puis à l'éradiquer en chassant du périmètre urbain les populations contaminées, comme le préconisent les médecins.

Cette géographie urbaine de la peste est à l'origine des premières mesures de lutte contre la propagation de l'épidémie qui suivent les principes médicaux. En 1424, le commissaire à la santé empêche ceux qui vivent dans des lieux qui abritèrent des

malades un mois plus tôt, de tenir ouvertes les portes des maisons et de se promener en ville³¹, car cela favoriserait une propagation d'air putride. D'autres décisions imposent aux malades ou aux suspects de rester chez eux. En cas d'incertitude ou lorsque la maison de l'individu est éloignée des autres, l'enfermement par clôture du domicile, une mesure moins coûteuse que l'expulsion, est souvent préférée à l'isolement des malades hors de la ville dans des lieux construits à cet effet. On agit selon un principe de précaution, avant un réexamen ultérieur du pestiféré potentiel. La quarantaine, pour la première fois appliquée à Milan sur décision de Gian Galeazzo Visconti en 1399, avait suscité en effet l'aménagement de San Gregorio, hors les murs, puis de Casa Nova, à un mille et demi, et de Barona (à un mille de la ville). Ce n'est qu'à partir de 1488 que sont commencés les travaux de construction d'un lazaret, achevé au début du XVI^{ème} siècle, mais dont l'initiative revint à une personne privée. La charte de fondation légitime l'entreprise au nom de « la conservation de la cité de Milan et pour le bien et l'utilité du peuple entier »³².

À ces mesures de contingentement, il faut ajouter le souci de limiter les déplacements en ville en interdisant les processions et les déménagements, de favoriser la ventilation des rues et de chasser les mauvaises odeurs par des feux d'essences odoriférantes (suivant en cela les conseils des médecins), de prévenir les exhalaisons putrides causes de peste en empêchant les nettoyages de fosses, de citernes et de puits, quoiqu'en ce domaine, les prohibitions pouvaient être détournées sur intervention du commissaire à la santé. Les maisons des pestiférés font l'objet d'un nettoyage, mais on ne se débarrasse pas des affaires qui s'y trouvent dans le cas où le pestiféré ou ses descendants les réclameraient. Enfin, les sépultures sont aussi réglementées et leur contrôle échappe au vicaire et à l'office des provisions, pour passer sous celui du commissaire à la santé. Le but est ici d'empêcher tout enterrement clandestin, à l'insu des autorités compétentes.

Cette série de mesures, auxquelles participent manifestement activement certains médecins (du moins à partir du milieu du XV^{ème} siècle)³³ relève bien d'une tentative d'assainir la ville de la peste mais elles sont surtout dictées par l'urgence de la situation et s'interrompent dès que cesse l'épidémie. Surtout elles montrent aussi très rapidement leurs limites, puisqu'elles n'engagent aucun programme de vaste ampleur et se heurtent à des intérêts contradictoires.

« Extringuere da uno canto il foco e dal'altro buttare suso tutta hora legne seche »³⁴ : conflits d'intérêts et limites de la lutte contre l'épidémie

Au sein d'un État en cours de construction dont la chancellerie vise à contrôler et à centraliser l'information, l'intense activité de l'office en charge de la santé publique (dont rendent compte les multiples documents qui en émanent) n'empêcha pas le duché milanais d'être, entre 1348 et 1450, à maintes reprises touché par la peste et des épidémies annexes³⁵, au point d'avoir perdu entre le tiers et la moitié de sa population : estimée entre 150 000 et 200 000 habitants à la fin du XIII^{ème} siècle, elle n'est plus que de 100 000 un siècle et demi plus tard³⁶. Au-delà des classiques reproches qu'on peut faire aux autorités publiques et médicales en matière de thérapie et de prévention, liées à la non-compréhension de la propagation de la maladie et à l'incapacité à la soigner, apparaît surtout à la lecture des sources une prise de conscience précoce par lesdites

autorités de l'inefficacité de leur lutte. Les réserves ou le constat alarmiste de certains face à l'inutilité des mesures tiennent sans doute autant aux limites du savoir médical qu'à la difficile application des décisions, à la désorganisation du tissu social et économique de la ville, à la désobéissance des habitants et au coût des mesures engagées.

En premier lieu, face au danger de peste, la ville se vide, et ce en dépit des mesures coercitives qui visent à empêcher le départ des citoyens³⁷. La peur de la contagion provoque des mouvements massifs notamment chez les plus aisés qui suivent du reste en cela les préceptes médicaux. En résultent des risques de pillage et de propagation de l'épidémie qu'il convient d'endiguer par l'engagement de gardes, préposés à la surveillance des biens des fuyards. Surtout, l'isolement de la ville ne peut être qu'incomplet. Le tableau de la situation à venir que dresse le 10 mai 1468 le référendaire de Lodi, Francesco Maletto, dont la cité est encore épargnée, au duc de Milan, est en ce point éclairant et montre qu'un siècle d'épidémie a permis au moins de prévoir l'hécatombe et les faiblesses de la cuirasse, à défaut de susciter des mesures efficaces : parlant de Lodi, il annonce que « *sarria quasi impossibile poterla conservare, dovendo venire et intrare qui quelli che vengano da Milano et questi de qui andare ad Milano, se questa mala conditione perseverasse in augumento. [...] Et quando dicto male accadesse, Vostra Signoria debe pensare li cittadini abandonariano la cita et sarria necessario quella gli metesse dentro forestieri ad guardarla et non sarria senza vostra grande spexa. Sapeti bene quanto simili suoi pari, vivano costumati quando hanno liberta che molte volte a simili luoghi et tempi fanno de l'altruya suo et non guardano ad robe infecte ne ad altro, sicche poteriano ancha loro infectarse. [...] Non obstante che habia posto le garde a le porte, niuno che venga da Milano possa intrare senza la boleta de Milano, pur puo pensare Vostra Excellentia che sotto questa boleta poteria corere ingani et mali assai* »³⁸.

Dépenses extraordinaires et fraudes sont à prévoir, car les tentatives de contrôle de l'état sanitaire de la population se heurtent souvent à la méfiance, voire à l'hostilité et à la résistance des habitants, qui voient dans le médecin l'agent d'un pouvoir visant à les exclure du corps social. Aussi nier, cacher l'apparition de la maladie est-elle une pratique courante que mentionne la documentation milanaise. Un officier militaire du duc, entretemps parti avec sa famille, est ainsi soupçonné d'avoir abrité chez lui, sans avertir les praticiens, une pestiférée, morte depuis. Certains malades et suspects, contraints de vivre enfermés chez eux, se sont enfuis, abandonnant leurs biens. À Lodi, c'est un médecin qui est accusé de protéger chez lui des malades parmi ses serviteurs : soumis à résidence dans son domicile, il tente de fuir. Ces exemples expriment les limites des mesures préconisées : enfermés chez eux, certains individus, abandonnés de tous, sont tentés de partir pour ne pas mourir de faim³⁹.

La désobéissance n'est pas seule en cause. Les conflits de compétence sont aussi sources de malversations. Les autorisations de circulation, délivrées par les officiers des « bollette » sur décision des commissaires provinciaux à la santé, sont ainsi parfois contredites par la chancellerie ducale, preuve de l'existence de conflits de compétences entre l'effort de centralisation et la nécessaire redistribution des pouvoirs dans les villes du duché. Enfin, le nombre même des morts n'est pas certain car, comme le déclare le duc à un membre de l'Office de santé de Milan, beaucoup se font enterrer dans leur maison⁴⁰.

Mais peut-être est-ce le prix prohibitif à payer pour lutter contre la propagation de l'épidémie qui reste le principal responsable de l'inefficacité des mesures. Il est dans certains cas tel que, comme le déplore le référendaire de Novare, en juin 1468, « la négligence et l'avarice des citadins » peuvent faire craindre pour la « *conservatio civitatis* », car elles empêchent de prendre les mesures nécessaires pour la protection de la santé publique : « *Aviso vostra Illustrissima Signoria come questa cita è circundata de molte terre infecte de peste et grandemente io dubito di questa cita, per la negligentia et avaritia di questi cittadini che may non vice li piu avari homini et gli è molto pocha provisione. Et ogni dì li infesto et sconzuro voglino fare debite provisione per conservare questa cita, me lasseno rompere il capo et me fanno crepare l'anima nel corpo* »⁴¹. Le moral de l'agent ducal est au plus bas.

La fermeture des villes, l'interdiction des foires que contestent d'ailleurs parfois les autorités urbaines au nom d'une nécessaire survie économique, rendent la situation difficile. Aussi les cités lombardes en appellent-elles souvent au duc pour qu'il autorise l'organisation d'une foire, sous peine de devoir pourvoir, sur ses propres deniers, au ravitaillement de la ville. À Milan, les régulateurs des entrées surveillent une réunion commerciale à laquelle ne participent, pour des raisons de sécurité sanitaire, que des animaux venus de zones proches. Les étrangers sont interdits⁴². En revanche, quelques jours plus tôt, le conseil secret avait interdit la réunion à Novare d'une foire que certains officiers locaux réclamaient et qui, en compensation de leurs pertes, exigeaient du duc 2 000 livres⁴³.

Toutefois, au-delà de la désorganisation que suscite une telle épidémie, du manque d'hommes préposés à la garde des portes, des biens, des suspects, au-delà des problèmes de ravitaillement, c'est aussi l'incapacité des médecins à lutter efficacement contre la peste qui est en jeu. Leur difficulté à établir un diagnostic avant l'apparition des bubons conduit souvent à retarder d'autant la prise de mesures d'urgence et nécessite aussi l'intervention d'un second expert. Ainsi, à Crémone, une patiente âgée de quarante ans « *quale curava magistro Augustino deli Olivi phisico e la denuntiò, dicendo non haveva altro male nisi carne crevata et uno pocho de febre, che tuto procedeva per essere gravida de pocho. Finalmente ozi, a XV hore, è passata di questa vita, et perche è morta cusi presto, l'habiamo facta videre da Magistro Pedro da Neapoli, qual ne ha refferto esser secundo il suo parere uno pocho suspecta, che in alcuni lochi de la persona era maculata de certi signi di sangue negro et precipue in la faza* ». La mort subite, les quelques signes sur la peau constatés par le second médecin, engagent les autorités à prendre une décision radicale, même si la contamination n'est pas assurée : « *et quantunche non siamo certi che la sia suspecta, pro maiori cautela, havemo mandato insul mezano dicto Rizardo (le mari) cum tri soy figlioli et separato da canto* »⁴⁴. Surtout, comme le constate le commissaire à la santé, même surveillées par les médecins, certaines maisonnées ne sont pas épargnées par le mal qui se répand inexorablement. Devant un tel constat d'échec, il interroge les médecins de son entourage : « *E io commo quello voleva intendere piu inante, me sono astrecto piu et piu volte con il Catellano et con alcuni altri medici collegiati, digando io verso di loro, donde poteveno intendere procedese questo, perche molto case, quale erano nele mane di li stessi medici, non havevano inteso le loro malatie et teneveno nele mane duy et tri giorni uno amalato possa ala fine si ritrova pestiferi* ». Sommés de fournir une réponse, le responsable auprès de l'Office de santé, maître Giovanni Catelano, et ses collègues du collège des médecins de Milan, évoquent la difficulté à formuler un diagnostic, au moins initialement : « *neli principii loro non cognoseveno ne poteveno cognosere sopra*

le urine, perche non visiteveno ne tochaveno ne ancora tochano ne visitano. Dicono havere auto nele mane alcuni dî alcune febre che in pocho di tempo se cambiaveno le urine et monstraveno subnigale et pestifere et li remeteveno nele mane di lo offitio donde havemo che visita et chi tocha ad discernere la veritate »⁴⁵. L'explication fournie détaille le procédé de fonctionnement de l'office de santé où travaillent des « experts » qui examinent les urines, et des praticiens qui « rendent visite aux malades et les touchent ».

Ce procédé dédoublé explique sans doute le temps perdu entre la découverte d'un cas suspect et l'établissement d'un diagnostic assuré, qui parfois ne survient d'ailleurs qu'au moment du décès. Un autre exemple, à Crémone, vise à montrer que malgré le surcroît d'attention porté à certains patients, la maladie n'est pas toujours détectée à temps. Les urines d'une fillette de six ans tombée malade furent « de continuo viste » par maître Olivero « lequali affermava non esserli male veruno de suspecto ». Toutefois, « per stare piu insul securo », elles furent examinées par maître Cristoforo da Soncino et par le chirurgien Antonio da Cassolbutano qui furent du même avis. « Pure per abundante cautella », la patiente et sa famille furent enfermées dans leur domicile. Une autre jeune fille de la maisonnée tomba malade ; maître Olivero la vit deux fois et la déclara simplement fiévreuse. Pourtant elle mourut le jour même. Les officiers de Crémone firent alors autopsier le cadavre par deux spécialistes, l'un médecin, l'autre médecin et chirurgien, sans contact entre eux. « Ambidui refferireno essere suspecta, dicendo che l'haveva sopra il volto et sopra il stomacho certe peze de sangue rosso, niuno altro signale »⁴⁶. Les sources soulignent, qu'en l'absence de certitude, le principe de précaution est toujours préconisé, qui consiste à enfermer les patients chez eux. Malgré un certain suivi médical, opéré par les médecins communaux et par les praticiens de l'Office de santé, le diagnostic reste difficile à établir : les lettres des députés indiquent d'ailleurs parfois que « questi medici incommenzano mutare sententia et iudicio » ; le vocabulaire même utilisé par les autorités pour décrire les malades et les défunts manque de précision. Au-delà de la fièvre, des taches de sang sur le visage, de la couleur des urines, seuls dans ces lettres les bubons, le charbon et autres abcès pestifères aux aisselles ou à la cuisse désignent peut-être véritablement la peste bubonique, selon la nosologie récente. Mais le plus souvent, rien ne permettait véritablement aux praticiens et aux officiers de santé de distinguer cette épidémie d'autres pathologies endémiques⁴⁷ et ils hésitaient longtemps pour savoir « se questi casi proced[ev]ano da contagione [...] o da altro influxo, o per intemperie de aere ». Auquel cas, « bisogneria che la misericordia et gratia de Dio se operasse »⁴⁸.

Conclusion

À la fin du Moyen Âge, à Milan, se dessinent les contours d'une politique sanitaire qui, associant autorités urbaines et professionnels de la santé, engage au nom d'une conservatio sanitatis un certain nombre de mesures, pour certaines de grande ampleur, telles les constructions de l'Ospedale Maggiore ou encore d'un lazaret, qui marquent un véritable souci d'assainir la ville de ses pauvres, de ses malades et de ses pestiférés. La transformation de l'Office de santé de temporaire en bureau permanent, le souci de laïcisation de la gestion hospitalière et sa médicalisation progressive, montrent que l'État lombard s'engage sur le terrain de la santé publique. Représentés auprès des deputati sanitatis, nombreux dans l'entourage ducal, forts de la cohésion que leur assure la reconnaissance d'un collège, les médecins manifestent tant au niveau de la

réflexion politique (puisque nombre de décisions sont prises « per il consiglio deli medici »⁴⁹) qu'au quotidien leur participation active à ce mouvement. Cependant, cette *sanitas publica* que le commissaire à la santé a vocation de conserver, est manifestement plutôt perçue comme une absence de pathologie que comme un état de salubrité idéal. Aussi faut-il plutôt entendre leur action conservatoire comme une tentative de « *preservatio a morbo* », c'est-à-dire comme une prévention face à la recrudescence de peste et autres épidémies et pestilences qui ont assailli l'État lombard aux XIV^{ème} et XV^{ème} siècles. Toutefois le danger récurrent, la désorganisation sociale qu'il provoque mais aussi le coût de telles mesures empêchent, au-delà des décisions d'enfermement, d'envisager plus que des mesures ponctuelles de lutte contre l'épidémie. Il n'est alors guère étonnant que les sources ne témoignent pas de l'activité des praticiens et de l'Office en période de calme épidémiologique.

NOTES

1. A.S.M., *Carteggio Sforzesco* 884. 4 mai 1468.
2. P. Gil Sotrès, « Les régimes de santé », dans *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 1 : *Antiquité et Moyen Âge*, sous la dir. de M.D. Grmek, Paris, 1995, p. 257-281.
3. Pour une critique de cette perception, M.S. Mazzi, « Per la preservatone et bene universale : la politica sanitaria del governo fiorentino nel Quattrocento », *Nuovi Studi Storici*, 29 (1995), p. 199-219 ; L. Thorndike, « Sanitation, Baths and Street-Cleaning in the Middle Ages and Renaissance », *Speculum*, 3 (1928), p. 192-203.
4. M. Nicoud, « Médecine, prévention et santé publique en Italie à la fin du Moyen Âge », dans *Religion et société urbaine au Moyen Âge. Études offertes à Jean-Louis Biget par ses anciens élèves*, sous la dir. de P. Boucheron et J. Chiffolleau, Paris, 2000, p. 483-498 (*Histoire ancienne et médiévale*, 60).
5. Par exemple, pour Florence, K. Park, *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*, Princeton, 1985 ; pour la Catalogne avant la peste, M. Mc Vaugh, *Medicine before the Plague. Practitioners and their Patients in the Crown of Aragon. 1295-1345*, Cambridge, 1993.
6. Cf. *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV*, Pistoia, 1990.
7. T.-P. Leguay, *La pollution au Moyen Âge dans le royaume de France et dans les grands fiefs*, Paris, 1999.
8. Pour Milan, A.F. La Cava, *Igiene e sanità negli statuti di Milano del sec. XIV*, Milan, 1946.
9. A.F. La Cava, *ibid.*, p. 74 ; sur les différents aménagements et législations concernant le Broletto, P. Boucheron, *Le pouvoir de bâtir. Urbanisme et politique édilitaire à Milan (XIV^{ème}-XV^{ème} siècles)*, Rome, 1998, spéc. p. 100-198 et 542-548 (Collection de l'École française de Rome, 239).
10. G. Albini, *Città e ospedali nella Lombardia medievale*, Bologne, 1993 ; P. Boucheron, *Le pouvoir...*, p. 217-239 ; F. Leverotti, « Recherche sulle origini dell'Ospedale Maggiore di Milano », *Archivio Storico Lombardo* (désormais A.S.L.), 107 (1984), p. 77-113.
11. J. Henderson, « Epidemics in Renaissance Florence : Medical Theory and Communal Response », dans *Maladies et société (XII^{ème}-XVIII^{ème} siècles). Actes du colloque de Bielefeld, novembre 1986*, éd. N. Bulst et R. Delort, Paris, 1989, p. 165-186 ; pour une vision plus critique des rapports entre le savoir médical et les décisions communales, A.G. Carmichael, « Plague Legislation in the Italian Renaissance », *Bulletin of the History of Medicine*, 57 (1983), p. 508-525.

12. Cité par G. Albini, *Guerra, fama et peste. Crisi di mortalità e sistema sanitaria nella Lombardia tardomedioevale*, Bologne, 1982, p. 83 n. 98 (Studi e Testi di Storia Medioevale, 3). Sur les liens entre la régulation de l'épidémie et la législation contre les pauvres, à partir du milieu du XV^{ème} siècle, A.G. Carmichael, *Plague and the Poor in Renaissance Florence*, Cambridge, 1986.
13. Sur les mesures lombardes de lutte contre la peste, G. Albini, *ibid.*, p. 63-102.
14. Pour Milan, P. Boucheron, *Le pouvoir...*, p. 507-510.
15. cf. F.-O. Touati, « Un mal qui répand la terreur ? Espace urbain, maladie et épidémies au Moyen Âge », *Histoire urbaine*, 2 (2000), p. 9-38.
16. I. Naso, « Individuazione diagnostica della peste nera. Cultura medica e aspetti clinici », dans *La pesta nera : dati di una realtà ed elementi di una interpretazione*, Spolète, 1994, p. 349-381 (Centro italiano di studi sull Basso Medioevo – Accademia Tudertina, 7).
17. A.G. Carmichael, « Plague Legislation... », qui distingue les attitudes au XIV^{ème} et au XV^{ème} siècle.
18. Édite par K. Sudhoff, « Pestschriften aus den ersten 150 Jahren nach der Epidemie des Schwarzen Todes 1348 », *Archiv für Geschichte der Medizin*, 6 (1912), p. 316-325.
19. A. Bottero, « I più antichi Statuti del Collegio dei Medici di Milano », *A.S.L.*, 20 (1942), p. 72-112.
20. Sur l'évolution des rapports entre médecins et législation urbaine contre la peste, G.M. Varanini, « La peste del 1347-1350 e i governi dell'Italia centro-settentrionale : un bilancio », dans *La pesta nera...*, p. 285-217. Pour la Toscane, J. Henderson, « The Black Death in Florence : Medical and Communal Responses », dans *Death in Towns*, éd. S. Bassett, Leicester, 1992, p. 136-150.
21. Voir J. Arrizabalaga, « Facing the Black Death : Perception and Reactions of University Medical Practitioners », dans L. Garcia- Ballester et alii, *Practical Medicine...*, p. 237-288. Sur le traité parisien et l'attitude des médecins face à l'épidémie, D. Jacquart, *La médecine médiévale dans le cadre parisien*, Paris, 1998, p. 232-265.
22. C.M. Cipolla, *Health and Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge, 1976 ; Id., *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologne, 1986.
23. La charge existe depuis 1386. Cf. *Antiqua Ducum Mediolani Decreta*, Milan, 1654, p. 112.
24. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 85 daté du 8 juin 1468. Établi par Hector de Marchisius, commissaire à la santé de Milan
25. Plus tardive qu'à Florence ou Venise, la charge existe à Milan depuis 1399-1400.
26. A.S.M., *Carteggio Sforzesco* 884. 5 mai 1468
27. Milan, Biblioteca Ambrosiana, ms Trotti 245, Registro di Lettere Ducali, 1397-1400, f. 148v daté du 11 octobre 1399 et ff. 164v-165v, en date du 3 février 1400.
28. Terme utilisé pour désigner en mai 1468 un quartier de Milan (A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 28).
29. « Quantum primum el medicho Cattellano ne habia portato la matina el iuditio de la notte, che da un canto el leziamo, da l'altro subito semper ne havixamo Vostra Celsitudine », déclarent les députés à la santé (A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 10. 11 mai 1468).
30. A.S.M., *Miscellanea Storica*, 2, 70. 5 juin 1470. D'Hector de Marchisius au duc de Milan.
31. A.S.M., *Panigarola, Statuti*, reg. 21 A, f. 371. Cité par A. Pasi Testa, « Alle origini dell'Ufficio di Sanità nel Ducato di Milano e Principato di Pavia », *A.S.L.*, 102 (1976), p. 376-386.
32. G. Albini, « Assistenza sanitaria e pubblici poteri a Milano alla fine del Quattrocento », dans *Milano nell'età di Ludovico il Moro, Atti del Convegno internazionale, 28 febbraio-4 marzo 1983*, Milan, 1983, vol. 1, p. 129-146 ; ead., *Città e ospedali...*, p. 194-208.
33. Nous sommes victimes à Milan d'un déséquilibre de la documentation entre la période Visconti (peu riche) et les Sforza (post 1450).

34. Citation extraite de la copie d'une lettre adressée par le duc de Milan aux membres du conseil secret, à propos de l'apparition de cas de peste à Crémone et à Parme (A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 65, daté du 3 juin 1468).
35. G. Albini, *Guerra, fame, peste...*, p. 14-62.
36. G. Albini, « La mortalità a Milano nel'400 », dans *Strutture familiare, epidemie, migrazioni nell'Italia medievale, Atti del Convegno internazionale. Problemi di storia demografica nell'Italia Medievale (Siena, 28-30 gennaio 1983)*, éd. R. Comba, G. Piccini et G. Pinto, Naples, 1984 (Nuove ricerche di Storia, 2).
37. Par exemple, I. Naso, « Les hommes et les épidémies dans l'Italie de la fin du Moyen Âge : les réactions et les moyens de défense entre peur et méfiance », dans *Maladies et société (XII^{ème}-XVIII^{ème} siècles)...*, p. 307-326.
38. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 22. 10 mai 1468.
39. G. Albini, *Città e ospedali...*, p. 190.
40. A.S.M., *Registri delle Missive* 4, f. 223r. Lettre de Cicco Simonetta en date du 12 juillet 1451.
41. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 147. 31 juin 1468.
42. A.S.M., *Carteggio Sforzesco* 885. 19 août 1468.
43. A.S.M., *ibid.*, 1^{er} août 1468.
44. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 144. 29 juin 1468.
45. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 70.
46. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 160. 4 juillet 1468.
47. D. Herlihy, *La peste noire et la mutation de l'Occident*, Paris, 1999.
48. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 15. 8 mai 1468.
49. A.S.M., *Miscellanea Storica* 2, 144. 29 juin 1468.
-

INDEX

Index chronologique : XIIe siècle, XIIIe siècle, XIVE siècle, XVe siècle, Moyen Âge

Mots-clés : médecine, prévention, santé

Index géographique : Italie, Milan

AUTEUR

MARILYN NICLOUD

École normale supérieure, Lettres et Sciences Humaines