

La fin de Louis XIII : un ver et quelques granulomes...

● J. Watelet*

“Le mieux qu’il éprouva vendredi vient d’un relâchement du ventre, résultat d’une abondante évacuation de matières et d’un très gros ver vivant, car quand le cours de l’évacuation s’arrête, le roi paraît se trouver tout près de la mort. (...) Samedi matin il a rejeté par la bouche un autre ver, et c’est une chose horrible et un mémorable exemple de l’humaine misère que de voir le premier et le plus puissant roi de la chrétienté transformé en cadavre avant sa mort, devenu un lieu de pourriture et un sépulcre pour les vers. Les respirations du roi ne sont que des spasmes d’agonie, et il n’y a plus absolument aucune espérance de vie, surtout en cette période de lune décroissante.” (Giustiniani, 1). Tels sont les derniers jours de Louis XIII le Juste (1601-1643), qui “jettera” son dernier soupir à “deux heures trois quarts après midi, le quatorzième mai 1643”.

Louis XIII ne régna cependant jamais par lui-même. Pendant sa minorité, il fut placé sous la régence de sa mère, Marie de Médicis, qui laissera le pouvoir à Concini. Sacré Roi de France et de Navarre à l’âge de neuf ans (1610), il ne cessera ultérieurement de subir l’influence de ses ministres, et plus particulièrement de Richelieu. Moins médiatique que son père Henri IV ou que son fils Louis XIV, il recevra de Gilles de Souvré, son gouverneur, une éducation assez superficielle : peu enclin aux nobles matières (les lettres, l’histoire et les mathématiques), il aimera surtout le dessin, la musique, l’équitation et la chasse (à neuf ans, il a déjà tué huit cerfs). Son enfance sera par ailleurs assidûment suivie par Jean Héroard, Seigneur de Vaugrineuse (1551-1628), médecin de Charles IX, d’Henri III et d’Henri IV, qui transcrit dans un souci d’exactitude les moindres activités quotidiennes du jeune souverain dans son journal qu’il intitulera “*Histoire particulière de Louis XIII*” (2) : 11 054 pages de recueil du moindre détail en tout genre, transcrit et comptabilisé (allant des 132 crises

de colère entre 1601 et 1610 aux 91 perdrix mangées en 1619), qui seront aussi bien fustigées par Michelet (qui le rebaptisera “Journal des digestions de Louis XIII”), que par Tallemant des Réaux (“Vous ne voyez rien, sinon à quelle heure il se réveilla, déjeuna, cracha, pissait, chia...”). On ne peut s’étonner de ces remarques en regard de la place et de la précision consacrées à l’abondance des selles, leur caractère, leur aspect, leur horaire... (*tableau*). Malheureusement, en 1628, à la mort de Jean Héroard au siège de La Rochelle, son successeur Charles Bouvard (1572-1658) – professeur au Collège de France – ne relatara qu’oralement les problèmes médicaux de son royal patient à Robert Lyonnet – praticien occasionnel de Louis XIII – qui les transcrita de manière manuscrite avec moins de détails et d’enthousiasme que son prédécesseur, deux ans après la mort du roi. Il nous est ainsi resté quelques détails sur les déboires digestifs dont fut victime, pendant une quarantaine d’années, Louis XIII, qui se majoreront tout au long de son existence et auront finalement raison de sa santé.

Pourtant, jeune, il présentait une santé semblant dénuée de tout problème : seuls la gale, une rougeole (à 8 ans), la petite vérole (1612) et quelques accidents syncopaux étiquetés de nature épileptique, qui disparaîtront à l’âge adulte, viendront marquer l’enfance d’un dauphin considéré comme robuste et musclé. Mais rapidement, les contradictions de son caractère – le cantonnant dans les traits d’un triste personnage renfermé, taciturne et inquiet qu’il gardera pour la postérité – seront rattachées à quelques “accidents” intestinaux survenant bien avant la grande crise de juillet 1627, considérée actuellement comme le véritable début de ses symptômes digestifs. Héroard n’était initialement pas apparu comme étonné, puisqu’il avait très vite remarqué l’absence de “gouttières naturelles” du dauphin : ne mouchant, ne crachant et ne transpirant pas, l’évacuation des “humeurs organiques” ne pouvait donc s’effectuer que par voie digestive, occasionnant ainsi quelques royales diarrhées, apparaissant finalement comme une heureuse manifestation de la nature... Louis XIII a 4 ans (29 mai 1605) lors des premières constatations médicales du syndrome diarrhéique : “Son ventre se soûlait de lâcher ainsi après quelques jours de fâcheuses humeurs, de sorte qu’il semblait que c’en fût la cause, car après il devenait plus doux et traitable, se trouvant totalement changé.” C’est donc à 22 ans, durant le siège de La Rochelle (été 1627), que le tableau clinique se révélera de manière plus bruyante, tenant le roi alité plus de soixante

* Service d’hépatogastroentérologie, CHU de Nancy.

Tableau. Transit du roi entre 1607 et 1624. D'après (2).

	1607	1611	1613	1615	1617	1619	1622	1624
Nombre de jours où les selles sont citées (lavements exclus)	240	319	318	284	308	313	328	207
Fréquence quotidienne?								
– 1 fois	226	286	293	266	288	301	319	201
– 2 fois	12	30	22	17	19	10	8	6
– 3 fois	3	3	3	1	1	2	1	-
Quand?								
– Nuit	-	-	-	-	-	1	1	1
– Matin	9	15	16	14	9	6	6	2
– Après-midi	170	161	68	52	61	58	46	5
– Soir	77	179	262	237	258	262	285	205
Combien?								
– Peu	-	3	8	4	2	5	-	1
– Assez	12	212	120	122	57	4	36	53
– Beaucoup	196	91	188	177	249	304	292	159
Couleur?								
– Jaune	192	298	311	298	300	320	321	210
– Jaune clair	-	-	-	-	-	-	-	-
– Jaune paille	7	2	4	-	2	3	-	-
– Fort clair	2	-	-	1	-	-	-	-
– Blafard, blanchâtre	2	-	2	1	1	5	3	-
Aspect?								
– figuré	37	33	61	40	16	13	31	10
– mol	134	271	238	258	300	310	293	202
– fort mol	26	9	1	1	1	2	-	1
Odeur?								
– puant	12	3	3	1	12	-	-	-
– fort puant	-	-	-	-	3	1	-	-

jours et associant, outre une violente diarrhée sanglante accompagnée de “mucus et de pus”, une fièvre hectique, des douleurs et une distension abdominale majeure faisant craindre l’existence d’une “hydropisie”. Les crises se renouveleront ultérieurement de fréquence et d’intensité variable : en 1628, en 1629, et avec la courte et gravissime maladie de 1630 (22-30 septembre), où le roi se résolut, après avoir reçu l’extrême-onction à préparer “ce dernier instant décisif de son éternité”. Fort heureusement, l’administration d’électuaire à base de rhubarbe, la réalisation de huit saignées (en sept jours) et l’évacuation d’un abcès périrectal “par la porte de derrière” en une grande quantité de pus sanguinolant et de “muqueuses marcies” sauveront la royauté. À l’issue de ces trois années de poussées suivra une période de relative quiétude de 1631 à 1642. La cam-

pagne du Roussillon (novembre 1642) marquera un tournant dans l’évolution de la maladie avec une aggravation du tableau clinique, l’obligeant à un retour prématuré au château de Saint-Germain-en-Laye et l’empêchant, comme il le souhaitait, de retourner à Versailles. Après une énième crise et une indéniable dégradation physique, il succombera trente-trois ans, jour pour jour, après l’assassinat d’Henri IV tombé sous le couteau de Ravailiac. Dix-sept heures plus tard, il bénéficiera d’une autopsie, classique dans la royauté, rapportée non seulement dans deux procès-verbaux (l’un du Sieur de Saintot, l’autre établi en latin par René Moreau et Michel de la Vigne, doyen de la Faculté de Médecine), mais aussi par le témoignage – certes moins précis – de son valet de chambre Dubois. Il fut alors constaté que la cause directe de la mort fut une péritonite

purulente par perforation colique : “On trouva dans le cadavre du Roi de nombreux ulcères répandant du pus, de la sanie et du sang corrompu, fixés à divers endroits dans le mesocôlon et tout le gros intestin. Mais à l’extrémité du même côlon, il y en avait un qui avait rongé et perforé l’intestin lui-même, d’où une grande saleté purulente provenant des glandes et des vaisseaux putréfiés dudit mesocôlon s’était accumulée dans le bas ventre et pouvait emplir la mesure de trois demi-setiers de Paris.”

Si le diagnostic immédiat du décès n’apportait pas de doute, des divergences apparurent secondairement quant à l’origine de ces constatations : quels pouvaient être ces maux digestifs qui avaient tant fait souffrir moralement et physiquement Louis XIII tout au long de son existence au point de l’anéantir après 42 années ?

UNE COLITE AUX LAXATIFS

Il n’apparaît pas impossible que conforté dans son idée de “provoquer les évacuations”, Héroard ait aggravé un état digestif précaire par l’administration un peu trop fréquente dans les périodes les plus algiques de purgatifs et autres clystères (comptabilisés jusqu’à 427 en une même année !), comme ce fut le cas le 31 octobre 1616 : “A huict et demie, clystere avec une direction refrigerative et detersive, et six drachmes d’electuaire lenitif, et quatre de catholicum. (...) Levé; faict ses affaires, une très grande quantité de gros et gluants phlegmes sans autre excrement (...). A six heures, clystere avec du catholicum, de l’electuaire, lenitif et de la hiere (...). Sa douleur continue. A neuf heures trois quarts, clystere anodyne (...) En rend la moitié avec quelques phlegmes.” Les médecins et l’intéressé vivront alors avec l’habitude de voir les selles mélangées à quelques “membranes”, “gros phlegmes” ou “colles”... De telles agressions répétées sur une muqueuse déjà fragile ne pouvaient que favoriser l’évacuation des “humeurs organiques”, mais sans toutefois expliquer l’intégralité du tableau clinique.

UNE TUBERCULOSE DIGESTIVE

Ce diagnostic a logiquement été retenu pendant de nombreuses années (3, 4) (l’autopsie de Louis XIII ayant longtemps été considérée comme la première observation de tuberculose intestinale), tant sur des arguments anamnestiques que sur les manifestations cliniques, même si celles-ci apparaissent comme polymorphes et aspécifiques. Au XVII^e siècle, la prévalence de la tuberculose ne devait pas avoir d’égal. Seulement, reconnue comme problème majeur de santé publique à partir de la révolution industrielle, on lui imputera à cette période jusqu’à 25 % des décès dans les villes européennes. La promiscuité et l’obligation des devoirs royaux ne pouvaient que favoriser une potentielle contamination. Ceux-ci imposaient au jeune dauphin, entre autres, le toucher des écrouelles des différents scrofuleux, auquel le dauphin se livrait sans retenue, que ce soit après son sacre à Reims (21 octobre 1610 : “... puis va à la messe et, à dix heures et un quart, revient en la cour du logis

où il y avoit neuf cents et tant de malades des escrouelles, qu’il a tous touchés aussi seurement et dextrement comme s’il y feust souvent exercé.”) ou lors des premiers jours de l’an (200 malades en 1612, 300 malades en 1613... 300 malades en 1627...).

Il faut par ailleurs remarquer que, même si elle est apparue au second plan en regard des manifestations digestives, le monarque fut victime d’une symptomatologie pulmonaire qui se révéla en 1622, lors de la campagne du Languedoc : quintes de toux initialement sèche puis productive, fièvre hectique et douleurs thoraciques accompagneront chaque crise pour se transformer, lors de la phase terminale, en une expectoration purulente mélangée à une vomique rapportée lors de l’autopsie soit à une caverne tuberculeuse, soit à un abcès à pyogènes : “Le lobe du poumon gauche, qui adhérait assez fortement à la plèvre par un ulcère très grand et très profond, apparu farci de pus et putréfié.” L’hypothèse d’une bacillose disséminée pouvait par ailleurs être confortée par l’existence d’autres localisations extrapulmonaires comme celles visualisées au niveau du tractus urinaire (“... au rein droit il s’est trouvé un petit abcès plein de boue verte enfermée dans un kyste dans sa partie inférieure et charnue”) ou au niveau hépatique (décrit comme “pâle, desséché et ratatiné”), même si celles-ci n’apparaissent pas comme spécifiques. Quant à la sphère abdominale, et toujours sur des arguments autopsiques, elle se serait plus manifestée sous forme d’une atteinte intestinale que péritonéale, pourtant généralement moins fréquente : aucune mention d’ascite à l’examen du cadavre (à moins qu’il ne s’agisse d’une forme sèche avec rétraction fibreuse péritonéale) et des lésions s’étageant essentiellement sur l’ensemble du cadre colique : si le siège de prédilection de la maladie (atteinte iléo-cæcale) (5) semble respecté (“le coecum des son commencement rouge et dépouillé de sa membrane charnue...”), l’atteinte pancolique (“...continuant de plus en plus jusqu’à la fin du côlon...”) apparaît plus rare. Le grêle sus-jacent semble épargné mais distendu : “...l’intestin duodénum d’une grandeur démesurée rempli de bile porace; le jéjunum rempli de même matière et tout jaune par dedans...” Rappelons dans ce contexte que, dans 20 % des cas, le diagnostic peut se révéler suivant un mode occlusif. L’épisode proctologique de 1630 s’expliquerait alors par une atteinte ano-rectale, certes là aussi rare (7 % des localisations digestives) (6), mais possible. Il apparaît cependant difficilement concevable de penser que l’atteinte digestive ait pu ainsi perdurer aussi longtemps (une quinzaine d’années), faisant soumettre, en 1897, à Guillon (7) – 15 ans après la découverte des bacilles par Koch – l’hypothèse d’un patient colopathe qui aurait contracté le bacille bovin dans les dernières années de son existence...

UNE ENTÉROPATHIE CHRONIQUE

Dernier diagnostic historique en date s’expliquant par une découverte plus récente (1932), l’hypothèse d’une MICI a été dernièrement évoquée (4) essentiellement sur la durée (date de début)

et sur le profil évolutif (crises invalidantes entrecoupées de périodes de quiescence totale lui permettant de vaquer normalement à ses activités) plus que sur des arguments cliniques. Dès 5 ans, Héroard s'est en effet rapidement focalisé sur les fèces de son maître, même s'il n'apparaît pas – au vu des données recueillies jusqu'à l'âge de 23 ans (*tableau*) – que le royal transit ait été si catastrophique que cela... Aux fatigues intestinales et vomissements, Héroard répondait par des “tablettes stomachiques”, du lait d'amandes ou autre “huile de mastic”. Ces quelques prémices digestives se répétèrent jusqu'à la première “véritable” poussée à l'âge de 22 ans : ce renouvellement à chaque crise d'une même symptomatologie permit aux praticiens de retenir que l'affection dont il souffrait se résumait en une “espèce de dissenterie avec accès de fièvre” (Giustiniani). C'est donc en 1627 – dernière année du journal – que la maladie se déclare vraiment : elle va durer trois mois (de juillet à septembre) et se résumer à une succession de symptômes auquel Héroard répondra inlassablement par les mêmes remèdes : changement de “lict” et de chemise (!), sangsue et saignées (“trois poiletées de sang, caillé, de diverses couleurs et plein de petites bulles”, 2 juillet 1627) pour les sueurs, chaleurs et fièvre ; “apozème laxative, senne et rheubarbe”, “baing et demy-baing” pour les états de lassitude et de fatigue ; pour un transit accéléré, “clystère laxatif” dont la fréquence varie en fonction de l'aspect et de la quantité de “phlegmes” émis (jusqu'à six par jour) et régime adapté et répétitif (“potage aux cerises, hachis de phaisandreau avec pressis de veau et verjus de grain, dragée de fenouil”). Les douleurs abdominales – rares au début – se majoreront au fil des poussées, s'exprimant sous forme de ballonnement et de distension abdominale tympanique (“mon ventre est bouffant”). L'absence de véritables rectorragies (quelques occasionnels filets de sang) et l'atteinte proctologique de 1630 (qui récidivera en 1642) plaideraient plus, dans ce cas, en faveur d'une maladie de Crohn que d'une recto-colite hémorragique. Quant aux manifestations extradiagnostiques décrites par ses médecins, on pourrait toujours, et très hypothétiquement, les rattacher à une MICI : il présenta de nombreuses arthralgies – surtout à partir de 1640 –, mais dont l'origine gouteuse apparaît plus vraisemblable chez ce chasseur et grand consommateur de gibier ; de même, il fut mentionné par Héroard à plusieurs reprises des atteintes oculaires (épisodes “yeux rouges”) évoluant spontanément favorablement, tout aussi difficilement rattachables à de potentielles uvéites.

En l'absence d'arguments histologiques, l'autopsie telle qu'elle est décrite précédemment ne peut bien évidemment faire la part entre les deux principales hypothèses ; et ce tout en sachant les difficultés actuelles du diagnostic – malgré les moyens dont nous disposons – et les formes trompeuses que peuvent prendre l'une et l'autre des maladies ... (8).

UNE PARASITOSE

Des recherches parasitologiques récentes réalisées dans les résidus de latrines du château de Marly-le-Roi ont confirmé l'importante présence d'ascaris et de trichines (9). Nul doute que les autres demeures du roi ne furent épargnées, et que ce dernier en fut un “fidèle” porteur tout au long de son existence, que ce soit au moment de sa mort, comme en témoigne l'autopsie (“l'estomac rempli d'une sérosité noirâtre avec un ver de demi-pied de longueur et plusieurs autres petits, laquelle matière avait marqué le fond de l'estomac”), ou dès son plus jeune âge comme en témoigne Héroard dans son journal. Il avait, en effet, noté une dégradation de l'état intestinal (exacerbations algues accompagnées de malaise), de 1611 à 1616, qu'il rattacha à la présence de vers : “point de colique qui le fait crier et suer à grosses gouttes”. Les indésirables hôtes seront alors combattus par des remèdes tout aussi empiriques (linges chauds, bandage du ventre et ingestion “d'eaues de buglosse et de chien-dent”) qu'inefficaces. Il n'apparaît pas impossible que ceux-ci aient été à l'origine – outre des troubles gastro-intestinaux (transit accéléré, vomissements) – des manifestations nerveuses de sa jeune enfance (irritabilité, insomnie) et pulmonaires (syndrome de Loeffler) tels qu'ils sont classiquement décrits. Il semble, en revanche, difficilement plausible de rattacher les dernières complications (occlusion du grêle et péritonite) à une seule ascarirose.

Louis XIII emportait avec lui, le 14 mai 1643, à l'issue d'une longue et courageuse agonie, l'énigme de ses maux. Il sauvait cependant la dynastie en laissant un dauphin, arrivé tardivement et de manière inespérée. Malheureusement, outre de la royauté, celui-ci devait hériter d'un tube digestif plus que précaire qui allait, lui aussi, l'handicaper durant une existence nettement plus longue (10). ■

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. Chevalier P. *Louis XIII*. Paris, Fayard 1979.
2. Foisil M. *Journal de Jean Héroard, médecin de Louis XIII*. Paris, Fayard 1989.
3. Ganière P. *Louis XIII et ses médecins*. *La Presse Médicale*, décembre 1963 ; t.71, n°55.
4. Bernier JJ, Chevalier P, Teysseire D, Andre J. *La maladie de Louis XIII. Tuberculose intestinale ou maladie de Crohn*. *La Nouvelle Presse Médicale* 1981 ; 27 : 2243-7.
5. Marshall JB. *Tuberculosis of gastrointestinal tract*. *Am J Gastroenterol* 1996 ; 88 : 989-99.
6. Puir AS, Vij JC, Chaudhary A. *Diagnosis and outcome of isolated rectal tuberculosis*. *Dis Col Rectum* 1996 ; 39 : 1126-9.
7. Guillon P. *La mort de Louis XIII. Étude d'histoire médicale d'après de nouveaux documents*. Paris, A. Fontemoing 1897.
8. Arnold C, Moradpour D, Blum HE. *Tuberculosis colitis mimicking Crohn's disease*. *Am J Gastroenterol* 1998 ; 93 : 2294-6.
9. Dorozynski A. *Parasites likely to have plagued Louis XIV*. *BMJ* 1998 ; 316 : 1480.
10. Watelet J. *Les “maelström” de selles du Roi-Soleil*. *La Lettre de l'hépatogastroentérologue* 2000 ; 5 : 269-71.