

## Rhétorique du visible ?

### Les observations cliniques dans les manuels de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle

Conférence prononcée le 5 mars 2015 en Sorbonne, salle Bourjac

dans le cadre du groupe de recherche CAMELIA

Lorsqu'aujourd'hui nous sommes hospitalisés, nous nous attendons, une fois les premiers examens faits, à un diagnostic initial pertinent et clair. Le fait que les procédures initiales puissent différer selon les circonstances ou inclure des incertitudes voire même des erreurs, cette éventualité est alors perçue comme un reste de contingence inhérente aux sciences modernes. Néanmoins, personne ne voudra douter de la transparence des notes prises lors de la procédure initiale, de l'objectivité des résultats obtenus et faisant partie intégrante de la documentation nécessaire au traitement thérapeutique. Au contraire, on ne verra dans ces formes de fixation d'une première prise de connaissance rien d'autre que des notations absolument neutres, des dossiers utiles et destinés à dévoiler entièrement les données sans surplus pouvant fausser le regard clinique.

L'histoire du compte rendu médical nous montre pourtant que l'innocence supposée d'une telle *historia morbi* s'avère quelque peu problématique<sup>1</sup>. Et cela entre autres, pensons-nous, parce qu'elle est fondée, jusqu'à un certain degré, sur une *construction verbale*, basée elle-même sur un setting, une sorte de dispositif, qui transforme le *vu* en *écrit* tout en faisant oublier au lecteur de ce texte – le même ou un autre médecin qui s'en souviendra grâce à cet aide-mémoire – qu'ils y existent des procédures et des règles pour que les buts persuasifs de cette chaîne médiale – voir, percevoir, écrire, être ébloui – soient atteints. Jetons tout d'abord, pour développer cette problématique, un coup d'œil à une peinture murale bien connue, datée de 1816 et située dans une salle d'honneur de la Sorbonne<sup>2</sup>.



Elle montre René Théophile Hyacinthe Laënnec<sup>3</sup>, inventeur et pionnier de la technique du stéthoscope, s'appliquant à un examen. Nous voyons là un malade atteint de phtisie que le médecin est en train d'ausculter, une infirmière de veille, des confrères observant la scène avec attention et, caché par l'infirmière, un assistant transcrivant les observations verbalisées par Laënnec. Ce qui nous intéresse particulièrement c'est la physionomie peinte du médecin. Sa posture, qui s'appuie sur un mouvement rotatif, est tendue et correspond à l'expression du visage qui, lui, pareil à la position de la tête du malade, signale une certaine expressivité. Le médecin prend une posture pathétique mimétiquement analogue à celle du malade. Il devient en quelque sorte le portrait de ce-dernier et retransmet par son regard dramatique à l'assistance la souffrance caractéristique de la maladie.

En regardant de plus près, le tableau présente une scène double. Dans cette scène, le médecin, justement, semble personnifier lui-même ce qu'il a diagnostiqué. En tant que double expressif de son objet d'observation, il devient l'*intermédiaire perméable* de son message. Les notes prises et déléguées à son secrétaire serviront alors de base pour le texte de l'observation qui – justement – n'est pas encore écrit, mais qui montrera exactement ce que la peinture nous présente dans un encadrement explicatif. La peinture qui synthétise pour ainsi dire l'axe syntagmatique et l'axe paradigmatique, la procédure et le résultat de cette chaîne, correspond ainsi à une prémisse qui incombe à l'observation clinique une tâche délicate et persuasive, à savoir celle de rendre au moyen de la description écrite, la chose représentée *évidente, immédiate, directe, visible*.

Qu'apprenons-nous par notre lecture hâtive de cette peinture ? L'acte d'observer, la genèse de la représentation fixe de la maladie et l'écriture par laquelle cette représentation se transforme en message, semblent – nous y reviendrons – des moments difficiles à isoler. Ils se superposent en formant, grâce à des opérations menant à une *ekphrasis* implicite, une sorte de vision immédiate, qui cache ses propres conditions médiales. L'un renvoie à l'autre, le regard à l'écrit, et l'écrit au regard. En tout cas, cette relation à la fois causale et téléologique, se concentre dans une « impression » forte de la maladie. Celle-ci « apparaît » aux yeux du médecin comme si elle surgissait elle-même et non ses formes médiatisées<sup>4</sup>.

Changeons maintenant de perspective et voyons de plus près les stratégies et les buts liés aux résultats écrits des procédures que nous avons expliquées. Quant à la rédaction, le style et l'effet d'une telle mise en écrit de la « vision », c'est-à-dire de l'image que se fait le médecin de la maladie, les manuels du dix-neuvième siècle<sup>5</sup> sont très nets sur ce point. Citons seulement un exemple, tiré du *Manuel de clinique médicale* du docteur Louis Martinet, chef de clinique strasbourgeois, texte paru pour la première fois en 1825. Avec emphase, il écrit :

Que toute la partie relative au commémoratif soit écrite avec pureté, élégance et rapidité. Que ce qui a rapport à l'état du malade au moment où l'on recueille l'observation, c'est-à-dire aux symptômes, soit tracé en style aphoristique, celui où les images conservent le plus d'énergie, chaque mot exprimant une pensée. [...] Lorsqu'il est nécessaire pour l'intelligence de votre observation d'emprunter à des objets étrangers à l'art quelques comparaisons, faites-le sans crainte : votre rédaction y gagnera en précision et en exactitude. De temps à autre rompez l'uniformité du style aphoristique par une ou deux phrases concises qui réveillent l'esprit du lecteur et animent votre description ; enfin, si dans les réponses du malade, si dans ses plaintes, dans les cris que lui arrache la douleur, quelque expression heureuse ou énergique vient à lui échapper, reproduisez-la, vous ne pourriez dire mieux : c'est l'éloquence de la nature<sup>6</sup>.

La règle que Martinet entend imposer aux futurs médecins est sans équivoque : fondamentalement, l'observation – entendue comme simple prise de note suivant le processus proprement dit – doit se tenir à un style de niveau inférieur. Clarté, rapidité et énergie, autant de paramètres de précision linguistique concise donc, doivent fixer les antécédents identifiés relatifs à la maladie. En outre, un impact dynamique du discernement dans le sens de l'*enargeia* aristotélicienne semble opportun dans la transcription. Afin de caractériser de plus près les faits observés, il est également conseillé, nous dit Martinet, de procéder à des comparaisons concrètes ainsi que, occasionnellement, à des coupures aphoristiques. La procédure recommandée reprend alors l'idéal stylistique hippocratique sous forme de descriptions vives. Mais Martinet va plus loin : si, éventuellement, les propos du patient soumis à l'anamnèse devaient s'avérer trop émotionnels, la retranscription devra alors en faire usage raisonnable et ciblé. Chaque modification ou, à proprement parler, chaque *traduction* introduite par le médecin se distançant de l'impression immédiate, ne ferait que contaminer un tel message. Le respect de la mesure, en revanche, permettra par contre à « l'éloquence de la nature » de se déployer dans la reconstitution même des propos du patient, éloquence à laquelle l'observation par sa transparence des phénomènes purs ne veut que donner corps.

On pourrait sourire des propos de Martinet sur « l'éloquence naturelle » dans ce contexte. On pourrait les comprendre comme une digression pittoresque du discours scientifique vers le domaine de l'élocution littéraire. Alors : Le postulat central de l'éloquence située au sein de la nature même, ce vieux postulat au moyen duquel une rhétorique topique du non-rhétorique fut propagée tout au long du dix-huitième siècle<sup>7</sup>, est ici au service du cas particulier de ce discours spécifique qui, en tant que partie de la science, se croyait entièrement dégagé des griffes de l'ancien art rhétorique. Néanmoins, ce serait négliger le fait que, en tant que technique d'identification de données et en tant que type discursif, l'observation se caractérise par une structure rhétorique fondamentale qui autorise, de fait, lesdites digressions vers un champ quasi littéraire.

Une telle affirmation peut surprendre. Et pour l'éclairer il nous faut de nouveau un changement de perspective et quitter pour quelques instants le niveau systématique de la problématique – le regard, l'écriture et leur rapport rhétorique – pour nous concentrer sur l'évolution *historique* de notre sujet. C'est au plus tard après la publication de l'article relatif à l'observation dans l'*Encyclopédie* de Diderot et de d'Alembert, que celle-ci est considérée comme « premier fondement de toutes les sciences » en général et comme « berceau & école de la médecine » en particulier<sup>8</sup>. Cette base de la science devenue credo est reprise dans de nombreuses entrées encyclopédiques à compter de 1800. C'est dans ce contexte d'une amplification de la procédure d'observation conçue comme paradigme scientifique directeur que Philippe Pinel avait présenté en 1798 dans son ouvrage *Nosographie philosophique* la longue tradition hippocratique du compte-rendu médical (*historia morbi*) selon sa propre conception, c'est-à-dire pour la première fois comme élément d'une science procédant de manière empirique et basée sur un enregistrement réfléchi et sensoriel de données. Pinel s'inspire, à cet effet, des éléments d'une « théorie de l'attention », théorie qui, de Condillac à Senebier, avait opérationnalisé la production ciblée de données empiriques en tant que méthode, pour l'appliquer à l'ancienne *observatio clinica* ou *historia morbi*. À la veille du dix-neuvième siècle, cette respectueuse *observatio* est donc revêtue d'une stupéfiante dignité scientifique. Mais, en déclarant cette forme de documentation comme étant la méthode idéale pour une classification tabulaire nosographique de toutes les maladies repérables, Pinel donne également au rapport de cas un caractère rigidement documentaire, c'est-à-dire non rhétorique et transparent. Le rapport de cas (*l'observation*), compris comme base pure du savoir médical, doit ainsi – toujours suivant Pinel – être dépourvu de toutes sortes de spéculation, de toutes formes d'imagination quelconque et il doit se montrer indépendant d'axiomes abstraits. Ce qui est visible et perceptible au niveau des symptômes doit, par contre, être perçu, justement, tel quel, dans son intégralité organique et sa signification. Le visible et le perceptible doivent se déployer au sein même de l'ordre qui lui est propre et, à travers la combinaison de signes sémiotiquement lisibles, il doit mener à la maladie définie et limitée par la symptomatologie<sup>9</sup>. Les *observations*, par conséquent, entretiennent un lien étroit avec la nosographie en tant que représentation généralisant les *formations* typiques des pathologies. Indépendamment du fait que l'observation, en elle-même, éclaire les conditions individuelles d'un cas de maladie concret, sa fonction véritable est bien de contribuer à la constitution d'archives gigantesques. Ces archives – c'est là le dessein de Pinel – permettront, dans un futur indéterminé, un décorticage tel de la forme pure de chaque maladie que celle-ci, en tant que « genre » classifiable, formera une entité détachée du corps malade lui-même dont il a pourtant besoin pour se concrétiser.

Michel Foucault – cela est bien connu – a fait ressortir la « naissance de la clinique » comme étant le dispositif à l'intérieur duquel le champ du visible en tant que schéma nosologique s'étend au-delà des corps individuels. Ce modèle a un impact important sur la pratique diagnostique du début du siècle. Mais, comme Foucault l'a magistralement montré, les choses n'en restent pas comme là<sup>10</sup>. L'idéal rêvé de Pinel faisant de l'observation clinique la base suprême d'un savoir total de la noséographie, s'écroulera bientôt, quand le siège de la maladie n'est plus isomorphe du champ immédiatement visible. Quand Bichat, Bayle et Broussais transposent le siège des maladies dans un tissu organique qui n'est plus directement visible, les conditions pour la *via regia* de l'observation se compliquent considérablement<sup>11</sup>.

La conséquence en est que sa valeur est considérablement relativisée – voire mise en doute. Si ce sont bien maintenant, d'après Bichat et ses confrères, les « lésions » qui provoquent la maladie à l'intérieur des tissus et qui, dans l'extension de la maladie, la déterminent, alors la maladie ne trouve plus sa place ontologique dans le vaste tableau d'une systématique nosologique s'ouvrant aux manifestations concrètes. La maladie se situe dorénavant *sous* la surface immédiatement visible, dans le tissu même. Seule la section anatomique est en mesure de révéler la vérité de la maladie. Si par contre dans la pratique quotidienne on ne peut pas vraiment renoncer à l'observation clinique, celle-ci est au moins restreinte à l'apport d'une approximation toutefois indispensable.

Dans cette situation conflictuelle, *l'observation est donc obligée, dirons-nous, de se repositionner et de se légitimer à nouveau*. Elle apparaît problématique en raison de sa relation intense à la vue, et elle semble – dans la pratique – pourtant entièrement indispensable à l'acquisition des connaissances. C'est pour cette raison justement que l'observation, selon nous, doit faire preuve, sans cesse, de sa validité scientifique. Et en effet, on peut constater un véritable pullulement d'observations cliniques dans de nombreuses revues et manuels<sup>12</sup>. Mais de l'autre côté, et c'est bien là le point le plus intéressant, ils surgissent comme d'un néant – pour ainsi dire - nombre de traités à caractère plus ou moins didactique, traités qui indiquent au médecin les conditions optimales de l'« observation », expliquent la relation idéale entre le procédé de l'observation et sa forme textuelle, ainsi que la manière dont l'observateur doit procéder et rédiger son texte. En d'autres mots : Les « observations » ne sont plus légitimées de façon tacite selon les usages de la tradition hippocratique ou pinélienne. Elles ont, par contre, besoin d'un métadiscours qui les accompagne et qui les enveloppe d'une « théorie » de la persuasion évidente, théorie – cela dit entre parenthèses – qui ne peut nier ses propres souches rhétoriques.

Pour résumer, nous constatons jusqu'ici une triple tension caractérisant la situation vers 1830 : premièrement nous avons une tension entre l'idéal d'un tableau nosographique et l'effort individuel de fixer un cas absolument concret<sup>13</sup>. Deuxièmement, une tension épistémologique entre la vieille épistémè de la surface et la nouvelle théorie de la profondeur organique perçue comme véritable (et invisible) lieu de la maladie. Enfin, dans cette double tension intervient une troisième tension, une sorte de paradoxe herméneutique, que j'ai évoquée furtivement et qui, sur un niveau systématique, est inhérente à chaque transformation du vu à l'écrit, mais qui – dans le contexte historique que nous avons esquissé – s'intensifie à tel point que les métadiscours poétologiques s'en occupent des façons les plus variées.

Quelle est précisément cette troisième tension et pourquoi s'accentue-t-elle dans cette situation de crise ? Nous l'avons déjà dit, le mot « observation » est un terme ambivalent. Il peut s'appliquer à l'acte d'un regard méthodiquement discipliné. Et il peut s'appliquer au résultat sous forme de texte<sup>14</sup>. Le rapport entre ces deux significations est d'ordre métonymique. Et selon les différents contextes cette ambivalence n'est jamais annulée, mais relativisée dans l'un ou dans l'autre sens. Soit que la performativité d'un procédé visuel se superpose-t-elle sur la signification du mot *observation* conçu comme texte. Soit l'acte de regarder est-il partiellement conçu comme un acte contenant d'office le résultat d'un texte fixe, comme une sorte de grille herméneutique, un dispositif donc, qui régirait la procédure elle-même tout en se cachant derrière l'illusion du regard neutre, innocent et non-déterminé par la mise en texte anticipée.

Ces ambivalences, toutefois, ne doivent pas être comprises comme une erreur au sein du savoir médical du temps. Au contraire, elles sont constitutives de ce savoir, car elles visent à un seul effet précis : le récit qui suit brièvement l'observation et qui lui donne alors déjà sa forme, avant qu'elle n'ait même la forme d'une chaîne de mots consécutifs, doit faire naître dans l'esprit du lecteur l'image de la maladie comme si la maladie était immédiatement présente à l'esprit du lecteur. C'est dans ce sens que Martinet s'explique :

[Le but de l'observation] consiste toujours à conserver pour son propre usage [du médecin-observateur], et pour un temps plus éloigné et des travaux ultérieurs, la mémoire d'un fait dont il vient d'être témoin, ou à le faire passer immédiatement sous les yeux des autres. À cet effet, il faut peindre la nature telle qu'elle est, avec toute sa vérité, toute son énergie ; donner à l'observation que l'on décrit cette couleur locale qui en fait une affection individuelle, distinctive de toutes celles de la même espèce. Pour cela il faut que l'observateur s'efface complètement devant son observation, qu'il ne reste de lui que la maladie qu'il a voulu tracer [...] <sup>15</sup>.

Ce qui est intéressant ici c'est la perspective double: d'un côté l'observation mise à l'écrit doit rendre compte de la facticité pure. Elle devient « mémoire d'un fait ». De l'autre côté, elle doit immédiatement sauter aux yeux, et cela tout simplement grâce à un « coloris » authentique, par lequel la nature elle-même, à travers l'énergie de sa représentation, terme clé de la rhétorique du dix-huitième siècle<sup>16</sup>, trouve sa véritable forme. La condition nécessaire à cet effet est pourtant l'autoélimination de l'observateur lui-même, alors même que celui-ci a justement la tâche de dépeindre ce qu'il a vu, et cela de façon accentuée. L'observateur cache donc l'aspect performatif de son action afin que l'effet de sa représentation apparaisse comme le résultat de ce qu'il a vu.

Le champ sémantique primordial dont se sert cette rhétorique de légitimation et que l'on constate après 1830, me semble être *celui de l'image, de la peinture, de la plasticité visuelle*. L'observation clinique est conçue comme tableau ou plus précisément: elle se présente comme un « portrait ». C'est Pinel qui, dans l'introduction à sa *Nosographie philosophique*, avait déjà comparé le regard extrêmement concentré du médecin au regard du dilettante nerveux, dont les yeux errent intensément sur la « galerie de tableaux » qui lui présente une richesse énorme de « dessin, coloris et [d]es beautés de détail<sup>17</sup> ». De la même manière, dit Pinel, le médecin devrait jeter les bases pour une indéterminable collection de chefs-d'œuvre que formeront ses propres observations cliniques. Chez Pinel, l'aspect du figuratif reste pourtant occasionnel, et il aboutit moins à un effet de persuasion du lecteur qu'il ne souligne l'activité figurative de l'observateur lui-même.

De par la comparaison entre le dilettante regardant ses tableaux et l'observateur clinique, Pinel évoque également un aspect de la tradition hippocratique, celle de l'exercice qui doit former le regard. Un premier pas dans cette direction avait été déjà fait par le nommé Jean Senebier, ministre et chercheur suisse, dans son *Essai sur l'art d'observer* de 1775 (dont la seconde édition ne paraît pas par hasard en 1802). Dans son essai il insiste sur le *studium*, sur la valeur des répétitions des exercices et sur la dimension sceptique qu'il faudrait inculquer, pour ainsi dire, au regard observateur. C'est seulement en faisant abstraction des aperceptions dérangeantes et en apprenant à ne pas suivre les premières et futiles impressions que l'observateur peut devenir, pour reprendre l'expression de Senebier, un « peintre de la nature<sup>18</sup> ». Cette vertu se constitue alors par un contrôle du regard qui protège l'observateur également des illusions des sens tout comme de l'interprétation trop hâtive de données contingentes<sup>19</sup>.

Si, en règle générale, l'observateur est un peintre dans le langage métrarhétorique de l'observateur naturel ou clinique, il se transforme parfois en portraitiste<sup>20</sup>, comme le dit Charles Bouillaud 1836 dans sa *Clinique médicale* :

Pour qu'une observation particulière soit bien faite, il faut qu'elle soit une exacte et fidèle représentation, une sorte de portrait de l'état du sujet aux différentes périodes de la maladie [...] <sup>21</sup>.

En comparant l'observateur à un portraitiste, Bouillaud – et bien d'autres encore – fait discrètement allusion à une problématique qui accompagne depuis l'antiquité chaque discours sur le portrait, au rapport entre la ressemblance et l'idéal<sup>22</sup>. Et il est clair que Bouillaud, dans sa remarque, met le doigt sur un problème que l'observation clinique ne semble pas résoudre lorsqu'elle tourne toujours autour de la triple alternative : présenter une maladie « nette » sur le plan idéal de la nosographie ? Présenter un cas absolument concret ? Ou présenter l'évolution d'un cas de la maladie, dont on perçoit une étape décisive ?

Cependant, le potentiel métaphorique de la peinture ne se réfère pas seulement à l'analogie entre l'écrit et le vu ou bien le représenté. C'est l'acte du déchiffrement ou plutôt l'arrangement de la scène, qui – dans d'autres comparaisons poétologiques – sert de dispositif et de matrice pour une bonne observation. Prenons comme exemple les remarques du Dr. Louis Gautier dans son *Art d'interroger et d'examiner les malades* (1834) :

La place que le médecin choisit auprès de son malade n'est pas indifférente ; il faut que ses regards embrassent l'ensemble de son économie. Le malade est un tableau qui doit être mis dans son jour. Dès qu'il aura trouvé ce point de vue, qui est le plus favorable, le médecin observera le décubitus du malade, les attitudes dans lesquelles il s'arrête, le plus ou moins de facilité de ses mouvements, l'état dans lequel sont les couvertures qui l'enveloppent : rien n'est minutieux ; la dignité du but ennoblit tous les moyens ; tout dans le malade et autour de lui peut se convertir en signe et devenir par là source d'indications. Que les sens du médecin, scrutateurs infatigables, se promènent sans cesse sur l'objet qu'il analyse<sup>23</sup>.

Nous voyons que dans ces remarques ce n'est plus l'observation clinique qui se présente comme tableau ou portrait, mais le malade lui-même. Pour que les symptômes soient visibles en tant que tels, il faut alors « lire » ou encore « scruter » le corps du malade. Mais cela signifie un arrangement, une prise de perspective, au travers desquels le corps vu et scruté se révèle lui-même comme peinture dévoilant ou cachant ces détails selon la prise de position de l'observateur. L'arrière-plan épistémologique de cette variante de l'analogie « observation/peinture » est pourtant particulier. Gautier fait allusion au problème du rapport entre

signes et symptômes. Les symptômes sont pour ainsi dire naturels, ils apparaissent tels quels, mais ils ne « disent » rien. Ils ne sont pas sémiotiques en soi. Pour qu'un symptôme prenne forme d'un signe, l'observateur doit insérer dans l'apparence phénoménale de ce qu'il voit une différence. Les symptômes ne laissent entrevoir leurs signes qu'à partir du moment où l'observateur arrive à faire abstraction de ce qui sépare l'indifférent du différent. Et ce travail herméneutique, qui est une construction de la vue ou plutôt du cerveau interprétant les données transmises des yeux, ce travail donc suppose un regard scrutateur qui comprendrait son objet comme une peinture placé sous un angle idéal.

C'est dans ce contexte que Bouillaud, dans sa *Clinique médicale*, rappelle l'autorité de Broussais en reliant l'élaboration de signes caractéristiques et la représentation « vive » d'un tableau :

Les traits caractéristiques des maladies [...] doivent être puisés dans la physiologie : formez un tableau aussi vrai qu'animé du malheureux livré aux angoisses de la douleur ; débrouillez-moi par une savante analyse, les cris souvent confus des organes souffrants, faites-moi connaître leurs influences réciproques, dirigez habilement mon attention vers le douloureux mobile du désordre universel qui frappe mes sens, afin que j'aie y porter avec sécurité le baume consolateur qui doit terminer cette scène déchirante, alors j'avouerai que vous êtes un homme de génie [...]<sup>24</sup>.

Ici, le statut protocolaire de l'observation se vivifie dans la mesure où on quitte la surface pinélienne et que l'on se rapproche d'une sémantique en profondeur de la maladie. Un effort est alors nécessaire pour pouvoir voir à travers la surface partiellement opaque. Et c'est au médecin-observateur à combler cette lacune due à un manque de visibilité immédiate. Mais ce qui est intéressant, c'est la structure rhétorique qui intervient ici de façon éblouissante. La vérité – et il s'agit ici de la vérité pure – est atteinte uniquement au moment lorsque celui qui peint, le médecin-observateur, est en mesure de *frapper* son lecteur. Il faut, pour que la maladie perçue apparaisse évidente<sup>25</sup>, que l'observateur génial réalise un *punctum* (selon les termes de Roland Barthes dans ses réflexions sur la photographie dans *La chambre claire*). Alors la vérité n'est, au fond, rien qu'une vraisemblance accentuée, voire affective. Elle ne se fonde pas dans la chose même, mais dans l'effet émotionnel provoqué sur le destinataire. C'est dans ce sens que Martinet, lorsqu'il déploie le catalogue des techniques-support utiles à l'écriture de l'observation, fait aussi référence à l'art de « colorer » les faits lorsqu'il recommande à l'observateur de se transformer en véritable artiste :

Si le langage ne peut pas rendre un fait avec toute l'exactitude nécessaire pour sa complète intelligence, et si ce fait peut être représenté au moyen du dessin ou de la

peinture [...] ayez recours au crayon ou au pinceau de l'artiste, et mieux, soyez artiste<sup>26</sup>.

Un autre aspect que nous avons jusqu'alors négligé est celui de l'axe syntagmatique du texte de l'observation clinique. Il nous intéresse justement parce que la « visibilité », le caractère-tableau de l'écrit, y joue – comme nous allons le voir – de nouveau un rôle capital. Si nous avons, jusqu'ici, parlé de l'*inventio* comme étant liée paradoxalement à l'*elocutio* et à ses effets, nous entrons maintenant dans le domaine de la *dispositio*. Je fais l'impasse cependant sur le problème de l'ordre à donner aux premières informations relatives à l'état actuel du malade. À cet égard l'article « observation » du volume 37 du *Panckouke* nomme autant d'ordres possibles qu'il y a de cas différents. Pourtant, la règle générale est la suivante : avant de commencer le « portrait » même, il faut nommer l'âge, le sexe, l'état, la profession, la constitution physique et psychique du malade. Dans la pratique, c'est là le lieu où l'observateur peut se référer à la tradition diététique en rapportant ses impressions sur l'état des *sex res non naturales*.

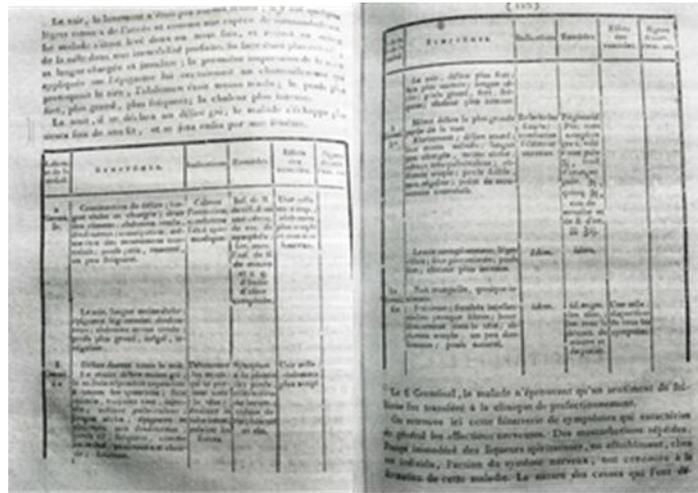
Le véritable problème de l'ordre ne réside pourtant pas là. Ce problème se pose lorsque l'évolution de la maladie, c'est-à-dire sa temporalité inhérente ou relative au cas, doit être documentée. Les théoriciens de l'observation clinique sont ici de l'avis unanime que ce n'est pas tant la description immédiate, mais plus la narration qui est extrêmement difficile, vu qu'elle aboutit, à cause de ses risques particuliers, à de nombreuses erreurs. Comment raconter donc un développement individuel si ce cas particulier diffère d'une chronologie « normale » sur le plan nosographique ? La temporalité individuelle et la temporalité inhérente à la maladie risquent ainsi de s'estomper dans l'acte de la narration. Mais ce qu'on craint beaucoup plus et cela à juste titre, c'est un surplus d'informations, des digressions, le glissement dans l'anecdote, le merveilleux, le sensationnel, le monstrueux enfin. C'est pourquoi les poétologues de l'observation montrent une certaine méfiance à l'égard de la narration strictement consécutive, qui ne réussit qu'avec difficulté à synthétiser la dynamique temporelle de la maladie et la simultanéité elle-même changeante des symptômes.

En réponse à ces craintes, la tendance est de transformer le récit en une forme textuelle qui n'est pas strictement lue, mais qui – et là ressurgit à nouveau le tableau comme support idéal – se prête à une sorte de lecture-vision. Déjà l'article respectif du *Panckouke* avait repris le propos du médecin anglais Francis Clifton quant à un arrangement des différents passages du texte en colonnes. La première de ces colonnes étant réservée aux informations sur le sexe, l'âge, le tempérament, les occupations et le genre de vie, la deuxième à la chronologie des événements d'une journée, la troisième aux symptômes, une quatrième aux événements parti-

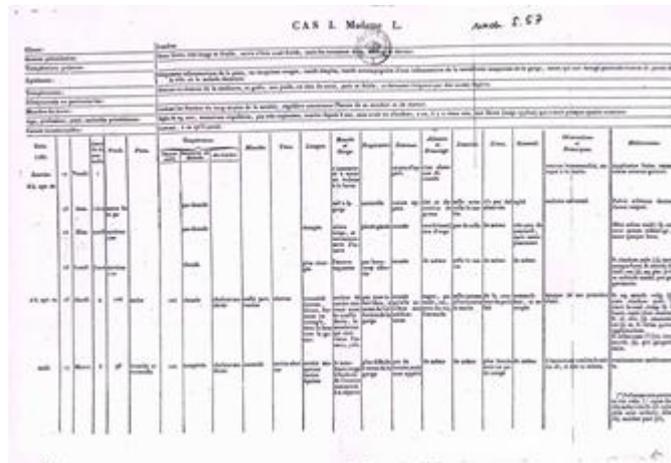
culiers du premier jour, la cinquième aux traitements appliqués, et la sixième à la fin de la maladie. Ce procédé avec lequel la Société Royale de Médecine avait expérimenté, est – à l’instar de l’épistémè du tableau caractéristique pour les Lumières – centré sur une taxonomie plane non encore régie par le facteur temporel, mais dans laquelle le facteur temps peut jouer un rôle de façon occasionnelle. En 1802, Bayle par contre propose un système à des colonnes textuelles évoluant sur un axe temporel. La première de ces colonnes devait présenter un résumé laconique par rapport aux étapes de la maladie. La deuxième est réservée aux détails significatifs, et la troisième colonne est destinée aux pronostics<sup>27</sup>. Bayle recommande en outre une sorte de tableau-résumé dont l’ordonnée marque les paramètres examinés et l’abscisse la suite des jours<sup>28</sup>. Pagès, chef de clinique à Perpignan, ajoute à ses observations cliniques écrites des tableaux synoptiques<sup>29</sup>. En 1811 est publiée la traduction française de l’*Essai d’un nouveau plan d’observations médicales* de l’Anglais George Fordyce. Celui-ci prévoit sur l’ordonnée la chronologie des jours, tandis que sur l’abscisse sont inscrites les informations sur le pouls, le toucher de la peau, la température, le tonus musculaire, le trouble de l’œil, l’enduit de la langue, l’état de l’intérieur de la bouche, la respiration, la fonction de l’estomac, la nutrition, la digestion, la miction, le sommeil et – finalement – le traitement appliqué<sup>30</sup>. Martinet, en 1830, propose timidement un formulaire standardisé pour noter tous ces paramètres au long de l’axe temporel<sup>31</sup>. Et Favart, déjà en 1822, recommande une sorte de table apte à recevoir toutes les informations sous forme laconique<sup>32</sup>.

Il n’est pas nécessaire, je crois, de poursuivre cette énumération d’exemples. La tendance est claire, au moins peut-on constater que dans les observations on essaye de réduire le caractère narratif du récit et de lui substituer une forme plus formelle et surtout une forme plus tabulaire qui permette une lecture panoramique. Je dirai alors en guise de conclusion : Si, dans la première partie de nos remarques, nous avons pu mettre à jour la métaphorisation du tableau et du portrait en tant que médium idéal duquel la bonne observation clinique devrait s’approcher lorsqu’elle expose la maladie de façon « frappante », nous pouvons maintenant constater une tendance similaire dans la partie narrative. Celle-ci aussi, surtout quand elle vise le facteur temporel de la maladie, semble avoir à se plier à la suprématie de l’œil. Nous avons constaté que, dans la partie destinée au « portrait » de la maladie, l’évidence est convoquée par des procédures rhétoriques qui inscrivent dans la description un caractère hautement constructiviste. Ce constructivisme garantit la plausibilité du diagnostic par l’impression quasi visuelle produite chez le lecteur. Dans la même mesure, la partie narrative, comme nous l’avons vu, participe de cette rhétorique de la visibilité. Pour que ses informations sautent aux yeux, pour





(3) Pagès, *Observations sur les maladies*, p. 114 suiv. (voir note 3).



(4) Fordyce, *Essai d'un nouveau plan d'observations médicales*, p. 5 (voir note 4).

OBSERVATION DE

Année. . . . . N° . . . . .  
 Mois. . . . . Pays . . . . .

Sommaire.

Durée de la maladie. . . . .  
 Causes. . . . .  
 Symptômes particuliers. . . . .  
 Mode de terminaison. . . . .  
 Traitement . . . . .  
 Effets de traitement. . . . .  
 Anatomie pathologique. . . . .

Le nommé, etc. . . . .

(5) Martinet, *Manuel de clinique médicale*, p. 29 (voir note 3).



Montpellier 1805; C. Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer relativement aux sciences physiques et médicales* [...]. Paris 1807; François-Joseph Double, *Séméiologie générale ou Traité des signes et de leur valeur dans les maladies*. Paris 1811; George Fordyce, *Essai d'un nouveau plan d'observation médicales* [...]. Paris 1811; Augustin-Jacob Landré-Beauvais, *Séméiotique ou Traité des signes des maladies*, Paris 1818; H. Ledain, *Dissertation sur le diagnostic médical en général*. Paris 1820; Jean-Pierre Favart, *Essai sur l'entendement médical suivi d'une nouvelle méthode pour apprendre la médecine*. Paris 1822; Louis-Martin Martinet, *Manuel de clinique médicale, contenant la manière d'observer en médecine, les diverses méthodes d'exploration [...] suivi d'un exposé des signes des maladies et de leur anatomie pathologique*. Paris 1830. Louis Gautier, *De l'art d'interroger et d'examiner les malades* [...]. Paris 1831; Théodore-François-Marie Le Caër, *Essai sur l'art d'examiner et d'interroger les malades* [...]. Paris 1834; Jean-Baptiste Bouillaud, *Clinique médicale* [...]. Paris 1836; François-Xavier Szacfaier, *Quelques mots sur la manière dont on doit écrire l'histoire d'une maladie* [...]. Montpellier 1840.

<sup>6</sup> Martinet (voir note 5), p. 31.

<sup>7</sup> Quant aux débuts des débats sur la « l'éloquence naturelle », je renvoie à mon livre *Problematische Rhetorik. Studien zur französischen Theoriebildung der Affektrhetorik zwischen Cartesianismus und Frühaufklärung*. München 1982; voir également Hedwig Pompe: « Natürlichkeitsideal », in *Historisches Wörterbuch der Rhetorik*, (dir.: Gert Üding). Volume 6, Darmstadt 2003, p. 183-203.

<sup>8</sup> *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, Vol 11. Paris 1765, p. 314.

<sup>9</sup> « C'est peu de dire que toutes les connaissances médicales solides doivent être tirées ou immédiatement déduites des histoires individuelles des maladies ; Il faut ajouter que ces histoires, exemptes de toute théorie vaine et de toute prévention, doivent être tracées avec le plus grand soin, jour par jour [...] » (Pinel, *Nosographie philosophique*, pp. xxx–xxxj). Laurent Gaspard Bayle s'exprime de façon pareille dans ses *Considérations sur la nosologie, la médecine d'observation et la médecine pratique; suivies d'observations pour servir à l'histoire des pustules gangréneuses*. Paris 1802, p. 33: « En un mot, l'observateur doit avoir des sens fidelles [sic], éviter la subtilité, se garder soigneusement de l'empire de l'imagination, ne pas dicter les réponses aux malades et ne point exprimer ce qu'il voit par des mots équivoques. »

<sup>10</sup> Voir Michel Foucault, *La naissance de la clinique*. Paris 1963, chap. VII-IX.

<sup>11</sup> Pour une analyse de ce contexte voir également Mirko D. Grmek, « Le concept de maladie », in Grmek (dir.), *Histoire de la pensée médicale en occident. Vol. 3. Du romantisme à la pensée moderne*. Paris 1999, pp. 147–167.

<sup>12</sup> Pour ne citer que quelques exemples de journaux publiant régulièrement des observations cliniques, nous signalons : *Gazette de Santé* (1773-1829), *Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie* (1802-1830), *Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris* (1815-1826, 1863-1877), *Annales de la Médecine physiologique* (1822-1834), *La lancette française. Gazette des hôpitaux civils et militaires* (1828-1914), *Gazette médicale de Paris* (1830-1916), *L'Abeille médicale ou journal analytique de médecine et de sciences accessoires* (1844-1899), *Annales médico-psychologiques* (à partir de 1843).

<sup>13</sup> Juan Rigoli, « L'apprentissage du singulier. Philippe Pinel entre "histoire" et "cas" », in Giovanni Bardazzi (dir.), *Dénouement des Lumières et invention romantique. Actes du Colloque de Genève 24–25 novembre 2000*. Genève 2003, pp. 301–320.

<sup>14</sup> Dans l'article destiné à l'observation clinique dans le *Panckouke* édité par Pinel et Bricheteau de 1812 et de 1819 (*Dictionnaire des sciences médicales*, Vol. 37, Paris 1819, pp. 29–48) les deux significations s'estompent. Pareille explication double chez Louis Jacques Bégin et al., *Dictionnaire des termes de médecine* [...]. Paris 1823, p. 425: « OBSERVATION, s.f., observatio ; examen attentif, méthodique et souvent répété des objets dont on veut se faire une idée exacte et complète. | Relation des phénomènes d'une maladie, des moyens employés pour la guérir ou la pallier, et des traces qu'elle a laissées dans le cadavre, quand le sujet a succombé. » Voir également l'article respectif dans *L'Encyclopédie méthodique. Médecine* (Vol 11, Paris 1824): « [...] Le mot observation répond à deux idées, à deux sens, qu'il nous importe également d'examiner dans cet article. Ce mot exprime l'action d'observer, l'opération, le procédé de l'esprit qui constituent l'observateur & le récit, la description de la chose ou des choses observées. » (p. S. 55)

<sup>15</sup> Martinet (voir note 5), p. 19.

<sup>16</sup> Michel Delon, *L'idée d'énergie au tournant des Lumières (1770-1820)*. Paris 1988.

<sup>17</sup> Voir Philippe Pinel, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. 3 vol., Paris 1818 (sixième édition), Vol. I, pp. j–cxx.

<sup>18</sup> Jean Senebier, *Essai sur l'art d'observer et de faire des expériences. Seconde édition, considérablement changée et augmentée, Tome II, Troisième Partie* [« De l'observateur, peintre de la nature »]. Paris 1802, p. 1.

<sup>19</sup> Quant à l'importance du dispositif de l'observation scientifique pour la genèse des sciences exactes, je renvoie aux études suivantes : Jonathan Crary, *Techniques of the Observer. Vision and Modernity in the Nineteenth Century*. Cambridge/Massachusetts 1990; Barbara Maria Stafford, « Voyeur or Observer ? Enlightenment Thoughts on the Dilemmas of Display », in : *Configurations* 1/1 (1993), S. 95–128; Christoph Hoffmann, *Unter*

*Beobachtung. Naturforschung in der Zeit der Sinnesapparate.* Göttingen 2006; Gabriele Dürbeck et al. (dir.), *Wahrnehmung der Natur. Natur der Wahrnehmung. Studien zur Geschichte visueller Kultur um 1800.* Dresden 2001.

<sup>20</sup> Voir Senebier, *Essai*, p. 1 : « J'ai fait voir jusqu'à présent l'observateur pénétrant la nature par ses sens; je veux le montrer se mesurant avec elle par son génie. Semblable à Buffon, il doit embraser l'âme par la chaleur et la vie de ses tableaux ; mais comme Swammerdam, il doit encore instruire par la correction de son dessein et la sévère ressemblance de ses portraits. »

<sup>21</sup> Bouillaud (voir note 5), p. 143.

<sup>22</sup> Roland Galle, « Vom Lesen der Gesichter. Anmerkungen zu Romanporträts von Fielding, Diderot und Goethe », in Dieter Ingenschay / Helmut Pfeiffer (dir.), *Werk und Diskurs. Festschrift für Karlheinz Stierle.* München 1999, pp. 151-178.

<sup>23</sup> Gautier (voir note 5), p. 15.

<sup>24</sup> Bouillaud (voir note 5), p. 148.

<sup>25</sup> Relatif au concept de l'évidence qui, comme nous le savons, joue un rôle capital dans la genèse des sciences modernes à partir du XVII<sup>e</sup> siècle, voir Rüdiger Campe, « Vor Augen Stellen. Über den Rahmen rhetorischer Bildgebung », in Gerhard Neumann (dir.), *Poststrukturalismus*, Weimar 1997, pp. 208-225; « Epoche der Evidenz. Knoten in einem terminologischen Netzwerk zwischen Descartes und Kant », in Sybille Peters, Martin Jörg Schäfer (dir.), *Intellektuelle Anschauung. Figurationen von Evidenz zwischen Kunst und Wissen.* Münster 2006, pp. 25-43; « Evidenz als Verfahren. Skizze eines kulturwissenschaftlichen Konzepts », in *Vorträge aus dem Warburg-Haus*, 8/2004, pp. 105-133.

<sup>26</sup> Martinet (voir note 5), p. 23.

<sup>27</sup> Voir l'annexe 1.

<sup>28</sup> Voir l'annexe 2.

<sup>29</sup> Voir l'annexe 3.

<sup>30</sup> Voir l'annexe 4.

<sup>31</sup> Voir l'annexe 5.

<sup>32</sup> Voir l'annexe 6.

<sup>33</sup> Je remercie cordialement Amélie Richeux de son aimable et fructueux soutien à la rédaction française de cet article.