
Naissance de la clinique et l'invisible de la maladie. Une histoire du corps malade

Gennaro Boccolino

Following the transformations occurred within the structure of the medical gaze, at the end of 18th century, this study aims to analyze the articulation between death, illness and body in *The Birth of the clinic*. At first we will consider the constitution of the medicine of symptoms as it introduces a temporal dimension structuring the invisibility of the illness by replacing the spatial organization of the medicine of species. Secondly, we will describe the encounter between the medicine of symptoms and Bichat's anatomopathology, which inaugurates modern medicine through an epistemological integration of death to medical experience: it is in the visibility of the death that the sayability of the illness comes to be founded. We will evaluate the way this reconstruction operates as an external critique of a linear and progressive model for the history of the knowledge. At the end, we will problematize the consequences this event implies by giving birth to the modern constitution of human sciences.

Keywords: *Illness – Invisibility – Death – The Birth of the Clinic – Life*

Parmi les mythes les plus tenaces que *Naissance de la clinique* se propose de dissiper, nous pouvons mentionner celui qui attribue à la constitution de la médecine clinique à la fin du XVIII^e siècle, les caractères d'un retour à un regard pur, libéré des médiations trompeuses qui l'entravaient. Le savoir médical aurait jusque-là aveuglé le regard du médecin par des fausses connaissances, creusant inexorablement la distance qui sépare l'œil de ce qu'il regarde. De là, l'idée de la clinique comme avènement d'une ouverture laissant parler la maladie dans sa propre nature, par la pureté muette d'un œil qui la voit sans être vu, comme au travers d'une serrure. Le regard du médecin peut ainsi véritablement voir, car les obstacles qui lui restituaient une vue déformée du malade ont disparus. C'est de cette libération qu'il s'agirait, si l'on suit ce récit, lors de l'institution en 1804 des trois *chaires* de clinique de Paris et de la création de l'*École de la Santé*, marquant le retour d'un positivisme capable de restituer aux médecins l'immédiateté ancienne de l'approche hippocratique. Un mythe dont *Naissance de la clinique* serait pour ainsi dire la contre-histoire. Sa rédaction, réalisée à partir des «chutes» d'*Histoire de la folie*, se termine,

suivant la chronologie des *Dits et écrits*, le 27 Novembre 1961. Le livre paraît aux Presses Universitaires de France en 1963 dans la collection «Histoire et philosophie de la biologie et de la médecine», dirigée par Georges Canguilhem. Publiée entre *Histoire de la folie* (1961) et *Les mots et les choses* (1966), cette archéologie du regard médical a vu sa réception se dérouler dans l'ombre des deux grands œuvres qui l'encerclent, ayant toutes deux marqué l'affirmation du philosophe de Poitiers sur la scène intellectuelle française. Ainsi, ce livre est souvent apparu tantôt comme tentative d'élargissement de l'étude de la constitution de l'asyle et du savoir psychiatrique à travers une histoire de la clinique et de la médecine, tantôt comme une mise au point de l'archéologie, à la fois au niveau de sa méthode, dont témoigne la préface, et de son contenu, la constitution moderne des sciences humaines. En mettant en suspens les effets de perspective venant du fait de l'approcher *depuis* les deux géants qui l'entourent, je voudrais proposer une étude immanente de l'œuvre, négligeant sa fonction de transition qui en a parfois rodé le caractère singulier. Cette mise en suspens ne nous empêchera toutefois pas d'apprécier dans quelle mesure l'étude du rapport entre vie, maladie et corps aboutit à une reconstruction singulière de la constitution moderne de l'homme comme doublet empirico-transcendantale, qui occupera *autrement* le centre de la scène lors du diagnostic formulé par *Les mots et les choses*.

Or, en quoi consiste-elle cette contre-histoire ? Dans *Naissance de la clinique*, Foucault retrace un réseau complexe d'instances historiques (institutionnelles, sociales, épistémologiques) déterminant l'avènement d'un regard qui, loin d'être libéré des erreurs d'une théorie fautive, comme le voulait son mythe, déploie une manière d'articuler le voir et le dire comme étant *a priori* de l'objectivation médicale de la maladie. Non pas une vérité survenue à l'histoire d'un savoir errant, mais la transition entre deux structures du dire-voir. De ce fait, l'expérience clinique y est caractérisée comme un certain type de «distribution originnaire du *visible* et de *l'invisible* dans la mesure où elle est liée au partage de ce qui s'énonce et de ce qui est tu»¹. Le médecin et le malade, loin d'être respectivement sujet constituant du regard et objet constitué, sont tous deux fonctions dérivées d'une structure du regard qui les détermine *a priori*. En ce sens, l'œuvre de Foucault a pour objet les différentes articulations entre visibilités et énoncés dans l'histoire de la clinique: la médecine des espèces à l'âge classique, la médecine des symptômes et l'anatomopathologie au seuil de la modernité de la clinique.

Or, c'est au long de cette trajectoire que prend forme la constitution moderne du fait pathologique, que nous essayerons de ressaisir en parcourant les transformations qui affectent les modes de *l'invisibilité* de la maladie. Cela nous a d'abord amené à négliger l'analyse du processus socio-institutionnel qui a permis la constitution de la clinique, que nous nous limiterons à évoquer dans son rapport aux événements d'ordre épistémologique. Il s'agit de la lente constitution d'un nouveau système d'assistance à la

¹M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 1963, p. VII.

maladie et à la pauvreté, qui investit les sociétés française et anglaise à la fin du XVIII^e siècle. Notre départ coïncide plutôt avec l'apparition de la médecine des symptômes et de son régime d'exercice du regard, qui romps avec la nosologie et constitue la première composante épistémologique de la médecine moderne. Dans cette dernière, un déplacement fait migrer l'invisible de la maladie de l'espace classique du tableau au temps de la série des symptômes, mouvement qui fera l'objet de notre premier paragraphe. Les corps de l'âge classique, entravant par leurs spécificités disparates l'accès à l'essence de la maladie, commencent à en devenir la matière indissociable.

Dans un deuxième temps, nous interrogerons la rencontre entre ladite médecine des symptômes et l'anatomopathologie, qui implique l'émergence des deux problématiques constitutives du regard clinique: l'aménagement mutuel d'une composition temporelle des symptômes et du plan synchrone des tissus dans le corps du cadavre; l'inscription de la mort dans la vie. Ainsi, par l'intégration de la mort à l'expérience médicale, la maladie achève sa migration d'une métaphysique du mal à une structure de la finitude où elle peut «prendre corps dans le corps vivant des individus»². De la question «Qu'avez-vous?», posée au patient, à celle qui demande «Où avez-vous mal?», la transition est jouée.

Nous en dégagerons les conséquences quant à la configuration du regard dans l'«invisible visibilité» qui constitue la structure perceptive et épistémologique dont le concept moderne de maladie sera le référentiel. Cette genèse historique de la maladie donne à l'articulation du visible et de l'invisible une teneur critique à l'égard de l'histoire de la connaissance médicale, qui s'exprime dans l'effort de penser les conditions d'une manière positive de *ne pas voir*. Elle donne à l'invisible une forme autre que celle du contenu retiré ou caché d'un objet idéal. Ainsi, émerge la structure d'un regard qui, inscrivant la mort dans la vie, pense le corps malade sous le signe moderne de sa finitude, laissant derrière lui les figures classiques de la maladie, rapportées à une nature infinie³.

1. Du tableau à la série. Un invisible temporel

Nous entrons dans le vif de notre objet lorsque Foucault nous livre, au chapitre six de *Naissance de la clinique*, une étude du champ de visibilité propre à la médecine des symptômes, qui surgit au début du XIX^e siècle en rupture avec le système nosologique. Il s'agit de l'introduction dans le domaine pathologique de deux structures hétérogènes qui se présupposent réciproquement : la structure aléatoire du cas et linguistique du signe. Nous allons mesurer la rupture que ces structures

² Id., *Naissance cit.*, p.200.

³ Je remercie Alice Masseron, dont la précieuse relecture a fort contribué au texte que voici.

consomment vis-à-vis de la vieille nosologie, afin d'y déceler les transformations qui affectent la structure du regard médical.

La première structure définit un ensemble de tâtonnements qui accompagnent la formulation d'une théorie des probabilités appliquée aux données de la maladie : au jardin des espèces classique se substitue un domaine d'événements. Or, cette théorie contribue au XVIII^e siècle à la formation de *l'a priori* concret de la médecine des symptômes sous un mode encore insuffisant, en ce qu'elle ne disposait pas d'un champ hospitalier, qui se tenait encore en marge de l'expérience médicale. Les composantes d'une perception des cas demandaient, selon Foucault, un seuil quantitatif d'accumulation de données qui puisse rendre le calcul statistique significatif, tout comme une agilité pratique dans la comparaison, que l'expérience médicale de l'époque fatiguait à garantir en raison de son implantation dans les maisons privées et de l'absence d'une configuration proprement médicale du champ hospitalier. Autrement dit, si les conditions épistémologiques pour le développement d'une statistique étaient bien réunies, le champ hospitalier n'était pas prêt. Sa série historique traversait une séquence dans laquelle l'expérience médicale lui était encore extérieure, malgré son rôle déterminant au début du XVIII^e siècle, comme première forme de pédagogie «de terrain», opposée à la médecine domestique. Or, il nous suffit ici de rappeler que la pensée probabiliste joue malgré tout un rôle de rupture avec les espèces et les classes de la nosologie, car elle introduit dans l'analyse des cas une logique des combinaisons et des fréquences des éléments, qui remplace définitivement les principes de ressemblance (du particulier au général) par un plan combinatoire de la complexité: «la médecine ne se donne plus à voir le vrai essentiel sous l'individualité sensible; elle est devant la tâche de percevoir, et à l'infini, les événements d'un domaine ouvert»⁴.

Par ailleurs, c'est plutôt la structure linguistique du signe qui, dans sa cohérence interne, fournit à la clinique une solidité épistémologique articulant ce qu'on voit sur ce qu'on dit dans la forme souveraine du regard, «œil qui sait et qui décide, œil qui régite»⁵. La nosologie articulait le visible et l'invisible selon une distinction absolue de la nature et du temps : il s'agit du rapport sémantique et morphologique du symptôme et du signe. Dans la nosologie, le symptôme manifestait l'essence de la maladie, sans que celle-ci s'y épuise: elle reste comme en retrait, bien que la possibilité de sa connaissance soit fondée dans ses manifestations symptomatiques. Ainsi le tableau restituait l'essence invisible de la maladie par les indices que le visible-symptôme fournissait au médecin. De même, le signe annonçait dans la forme du pronostic le cheminement invisible de la maladie. Dans les deux cas, l'invisible, loin d'être coextensif au visible, en était le réservoir essentiel, jamais donné aux sens, et

⁴ Foucault, *Naissance* cit., p. 88.

⁵ *Ibidem*.

dont le repérage était rendu possible par son apparition sous les formes naturelle du symptôme et temporelle du signe.

Or, l'avènement de la médecine des symptômes, première étape de notre parcours, instaure un rapport inédit dans l'histoire médicale, reliant signe et symptôme par une nouvelle distribution du visible et de l'invisible de la maladie. En se référant essentiellement aux travaux de Broussais et Landré-Beauvais⁶, Foucault relève le jeu de renvois entre signifiant et signifié à l'œuvre dans le symptôme: la maladie y apparaît dans sa totalité, elle est «phénomène d'elle-même»⁷. C'est à ce niveau que Foucault introduit l'intervention subjective du médecin («une conscience»), qui transforme le symptôme en signe. Les symptômes deviennent signes, et donc signifient la maladie, à la suite d'une série d'opérations extrinsèques, de comparaisons, calcul des fréquences, enregistrement des ordres de successions et caractérisation de la santé normale. Ainsi la maladie n'est plus à reconnaître dans son essence à partir de ses manifestations, mais elle est à *dire* dans la succession de ses symptômes-signes, qui la couvrent dans sa totalité, qui sont la maladie elle-même :

L'acte descriptif est, de plein droit, une prise d'être, et inversement, l'être ne se donne pas à voir dans des manifestations symptomatiques, *donc* essentielles, sans s'offrir à la maîtrise d'un langage qui est la parole même des choses. [...] Dans la clinique, être *vu* et être *parlé* communiquent d'emblée dans la vérité manifeste de la maladie donc c'est là précisément tout l'être. Il n'y a de maladie que dans l'élément du visible, et par conséquent de l'énonçable⁸.

Par conséquent, la maladie devient non seulement immanente aux symptômes mais elle coïncide avec ceux-ci. À cela correspond maintenant un isomorphisme entre la structure de ces symptômes et la structure du langage, dont la conséquence est que le médecin peut dire tout ce qu'il voit et le délivrer ainsi dans sa vérité: «le monde est pour lui l'*analogon* du langage»⁹. Alors que la médecine des espèces supposait une

⁶ F. Broussais, *Examen de la doctrine*, Paris, 1816; J. Landré-Beauvais, *Séméiotique*, Paris, 1813.

⁷ Foucault, *Naissance* cit., p. 90.

⁸ *Ivi*, p. 95.

⁹ *Ivi*, p. 96. Cette structure analogique et isomorphique est caractérisée par Foucault comme dérivant de l'Analyse de Condillac, à qui la clinique aurait emprunté le modèle genèse/décomposition mettant en rapport symptôme (langage d'action) et signe (langue), aussi bien que visible (acte perceptif) et énonçable (élément du langage). À ce propos, De Calan a montré dans quelle mesure l'empirisme de la genèse condillacien a lui-même une source médicale «qu'on peut faire remonter à Harvey et à sa réception dans la Royal Society britannique, qui constituera le fond théorique sur lequel se construit l'*Essai concernant l'entendement humain* de Locke, dont Condillac s'est d'abord fait l'interprète en 1746 dans son *Essai sur les connaissances humaines*. Aussi si Condillac fournit son épistémologie à la clinique de l'École de Paris via les idéologues, c'est essentiellement parce que la méthode d'analyse qu'il défend provient elle-même d'un modèle médical, celui des anatomistes empiriques de la Royal Society.» (R. De Calan, *L'empirisme médical, d'un mythe à l'autre. Une lecture critique de Naissance de la clinique de M. Foucault*, dans «Gesnerus», vol. 71 (2013), n°2, pp. 193-210). Ce qui est donc à rectifier dans la lecture de Foucault, est non seulement le nexus causale selon lequel Condillac aurait fourni à la clinique un modèle logique à elle étranger, mais aussi la thèse historique par laquelle Foucault repère dans

distance entre l'énonciation du symptôme et la maladie qu'il exprimait, l'écart est maintenant annulé dans le fond commun d'une syntaxe où la maladie peut se dire sans résidu. Sans doute, cet isomorphisme complexifie plus qu'il ne résout le problème de l'articulation du visible et de l'énonçable, car la qualité des symptômes est irréductible à la structure linguistique du signe. Pourtant, Foucault maintient avec vigueur une pleine correspondance entre la chose dite et la chose vue: «il [le regard] est pur de toute intervention dans la mesure où cette genèse n'est que la syntaxe du langage *que parlent les choses elles-mêmes* dans un originaire silence»¹⁰.

Or, une asymétrie vient troubler la correspondance symptôme-signe, car elle implique une sortie de l'invisible de la structure du regard. Voici ce que Foucault en dit, se référant au passage des espèces nosologiques aux symptômes: «La maladie a échappé à cette structure tournante du visible qui la rend invisible et de l'invisible qui la fait voir, pour se dissiper dans la multiplicité visible des symptômes qui en signifient sans résidu le sens»¹¹. Quel était cet «invisible qui la fait voir» propre à la médecine des espèces? Nous rappelons que ce qui restait en retrait du visible était justement la maladie, dont les symptômes en étaient l'apparition. D'une part, cela implique qu'elle vient au paraître et que dans cette mesure elle ne se confond pas avec ses apparitions (différence entre maladie et symptôme). D'autre part, la nosologie postule qu'il y ait une voie d'accès à la maladie elle-même et que la science puisse élever son objet, du symptôme à la maladie.

Nous pourrions à cet égard interroger le statut que l'invisible acquière dans la transition à la médecine des symptômes. Si dans la nosologie le tableau représentait au médecin l'invisible de la maladie, qu'est-ce que le médecin des symptômes ne voit pas, ou mieux, quel invisible suppose-t-il dans le visible même qu'il peut maintenant énoncer de manière exhaustive? Il semble que dans l'analyse foucauldienne l'invisible devienne ici inopérant, ne revenant qu'avec Bichat et l'ouverture des cadavres: «Le corrélatif de l'observation n'est jamais l'invisible, mais toujours l'immédiatement visible, une fois écartés les obstacles que suscitent à la raison les théories, aux sens l'imagination»¹². La conclusion à laquelle Foucault aboutit en décrivant le regard en est une preuve: tout ce qui est à voir se donne immédiatement dans sa vérité pathologique. Pourtant, il nous semble que cette perspective néglige ce que par la suite Foucault même attribuera à la médecine des symptômes comme l'un des caractères fondamentaux de la rencontre avec l'anatomopathologie: la série temporelle des symptômes. S'il y a un élément qui vient troubler cette pureté sereine du regard, c'est justement le cours dans le temps de la maladie. En tant que domaine

l'insuffisance de la logique de Condillac les raisons de l'abandon de l'horizon probabiliste et combinatoire dont témoignerait l'œuvre de Cabanis.

¹⁰ Foucault, *Naissance* cit., p. 109.

¹¹ *Ivi*, pp. 95-96.

¹² *Ivi*, p. 107.

ouvert d'événements, cette dernière est perpétuellement sujette à la rectification de sa diagnose aussi bien qu'au pronostic de son évolution: la maladie est une forme toujours en devenir se déroulant dans le temps de la série symptomatologique. En ce sens la connaissance se définit à partir d'un invisible temporel, tandis qu'elle résidait auparavant dans l'invisible spatiale, dont le tableau des espèces était le siège. C'est bien ce nouvel invisible qui conduit le regard de l'intérieur, en ce qu'il lui impose d'anticiper, dans le cours de la maladie, son avenir. Ce sera justement la rencontre de cette genèse temporelle des symptômes avec le plan synchronique des lésions, à constituer l'objet privilégié de la méthode clinique. Dans le paragraphe qui suit nous allons donc analyser la deuxième étape de l'histoire médicale proposée par Foucault. Si la première portait sur le surgissement de la médecine des symptômes en rupture avec la nosologie, il s'agira maintenant de ressaisir dans le détail la rencontre de cette nouvelle science avec l'anatomopathologie, incarnée par l'œuvre de Bichat et les nouveaux acquis de l'école clinique de Paris.

2. L'ouverture des cadavres

Tout comme le regard clinique, l'anatomopathologie voit son hagiographie offusquée par une narration mythologique. Selon celle-ci, si l'ouverture des cadavres a pu offrir ses bénéfices à la médecine des symptômes à la fin du XVIII^e siècle, c'est grâce aux *Lumières* qui lui auraient ouvert une voie par-delà l'interdit religieux. La mort et le dedans du corps seraient ainsi venus à la lumière comme objets du savoir à la suite d'une transgression, enfin possible, d'une prohibition morale qui empêchait la science de satisfaire son besoin d'examiner les cadavres. Foucault interprète cette narration comme une justification rétrospective propre à l'histoire de la médecine. Du jour où l'anatomopathologie avait fondé la médecine clinique, il fallait retrouver ce rapport de dépendance dans son passé, et cela sous la forme d'une exigence scientifique dont l'analyse des symptômes n'était que le remplaçant temporaire. L'histoire que Foucault entend établir renverse cette rétrospection: «L'obstacle moral n'a été éprouvé qu'une fois constitué le besoin épistémologique; la nécessité scientifique a mis au jour l'interdit comme tel: le savoir invente le secret»¹³. La transition historique n'est donc pas à chercher du côté de l'interdit moral mais du besoin épistémologique qui a fait sentir, à partir d'un certain moment, cet interdit comme un obstacle. Nous retrouvons ici l'enseignement en historien des sciences de Gaston Bachelard qui avait introduit dans l'étude des grandes ruptures scientifiques le concept de *problématique*, comme matrice à partir de laquelle de nouvelles questions et réponses deviennent

¹³ *Ivi*, p. 167.

possibles: c'est au niveau de sa transformation qu'on peut décrire le surgissement de solutions théoriques articulant autrement des niveaux hétérogènes (conceptuel, technique, institutionnel), au-delà d'un corrélationisme présupposé entre sujet et objet¹⁴.

Foucault se confronte justement à une problématique étrange, incarnée par l'anatomopathologie et systématisée par l'œuvre de Bichat. Quarante ans séparent Bichat du *De sedibus* de Morgagni, un temps de latence auquel Foucault s'adresse pour interroger ce clivage; il s'agit, nous l'avons vu, du temps de formation de la médecine des symptômes. Comment se peut-il que l'auteur du *Traité des membranes* soit plus près de la méthode clinique de Cabanis, que des autopsies par lesquelles Morgagni avaient frayé le chemin à l'étude des cadavres? Or, selon Foucault la clinique était «par sa structure, étrangère à cette investigation des corps muets et intemporels; les causes ou les sièges la laissaient indifférente: histoire, non pas géographie»¹⁵. Pourtant, Bichat se penchait sur l'œuvre de Morgagni sans suspendre les acquis de l'expérience clinique, devenant l'agent de la rencontre entre deux formes de savoir hétérogènes et à l'apparence inconciliables.

Morgagni se rapportait au corps du cadavre en nosologue, il localisait les symptômes et les rapportait aux essences comme autant de figures de la maladie; en outre les organes constituaient les unités élémentaires de la classification, donnant lieu à une approche régionaliste. Le *Traité des membranes* de Bichat, introduit dans cette grille analytique un élément à la fois intra-organique, interorganique et trans-organique: le *tissu*. Non seulement cela complique le localisme de Morgagni, mais il réduit les organes même à des replis fonctionnels de compositions tissulaires. Or, selon Foucault, ce même geste qui séparait l'anatomopathologie de Bichat de Morgagni, fondait la possibilité d'une application de la médecine des symptômes aux cadavres. Ce qui rendait Bichat un clinicien, c'était justement la réduction des organes à des surfaces tissulaires auxquelles rapporter les phénomènes de la maladie. Foucault constate que cette transition bidimensionnelle au sein de l'étude des cadavres n'allait pas sans conséquences pour la structure du regard de la méthode clinique, car ces plages tissulaires, loin d'être des abstractions d'ordre méthodologique, étaient elles-mêmes perceptibles. Logés à l'intérieur du corps et en diagonale par rapport aux distinctions fonctionnelles des organes, les tissus étaient le nouveau support de classification des symptômes. «La surface, structure du regardant, est devenue figure du regardé, par un décalage réaliste où le positivisme médical va trouver son origine»¹⁶.

¹⁴ G. Bachelard, *Le rationalisme appliqué*, Paris, PUF, 1949.

¹⁵ Foucault, *Naissance* cit., p. 127.

¹⁶ *Ivi*, p. 130.

Le regard gagne donc l'intériorité de la «pierre noire»¹⁷ du corps, tout en restant regard de surface, grâce au support que les tissus lui offrent, surfaces objectives se prêtant naturellement à la structure *analytique* de la médecine des symptômes: «[Bichat et ses disciples] retrouvaient l'analyse dans le corps lui-même»¹⁸. À l'objectivation des surfaces correspondait comme son analogue un abandon de la structure linguistique du signe, qui était remplacée par un principe de divisibilité spatiale des choses. Cela explique, selon Foucault, l'intérêt explicite et passionné que Bichat nourrissait envers Pinel, en ce qu'il lui offrait une complexité taxinomique adéquate aux isomorphismes que la transversalité des tissus demandait. Ici Foucault semble bien bénéficier de l'apport en historien de Canguilhem qui, en complexifiant le couple histoire périmée/histoire sanctionnée de Bachelard, essayait de définir les conditions de possibilité d'une histoire du faux: la classification par espèces qui avait été disqualifiée par la médecine des symptômes, lui survit suite au surgissement de nouveaux problèmes scientifiques, par-delà sa temporaire mise à l'écart. Ce n'est pas entre le vrai et le faux en général que les choix scientifiques opèrent; en revanche, ils définissent au cas par cas les conditions d'un «être dans le vrai», dans un régime de jugement axiologique plutôt qu'apophantique¹⁹.

Ce nouveau regard, que Bichat allait poser à l'intérieur du corps, rencontrait toutefois une difficulté épistémologique, éprouvant l'exigence de ce que Foucault appelle un «aménagement mutuel»²⁰ entre anatomopathologie et médecine des symptômes. C'est vers cela qu'il faut se tourner pour voir surgir la complexe et nouvelle organisation du champ de la visibilité, l'invisible visible de la médecine clinique.

4. La mort dans la vie

Comment se passe-t-elle cette rencontre qui voit l'histoire des symptômes se confronter à la géographie des lésions? Le problème de leur aménagement réside en ceci, que la médecine des symptômes restitue la suite des signes de la maladie dans le temps, tandis que pour l'anatomopathologie les lésions se présentent synchroniquement dans le corps du cadavre, ne donnant aucun indice quant à leur succession temporelle («joncture d'un ensemble temporel de symptômes et

¹⁷ *Ivi*, p. 118.

¹⁸ *Ivi*, p. 132.

¹⁹ Cf. G., Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, coll. « Problèmes et controverses », 1990, pp. 196-210.

²⁰ Foucault, *Naissance* cit., p. 136.

d'une coexistence spatiale de tissus²¹»). En outre, le cadavre implique de nouveaux problèmes car la mort n'interrompt l'interaction entre symptômes et processus organique, sans en même temps produire ses propres effets de décomposition, qui troublent le rapport binaire maladie/santé. Dit autrement, elle pose le problème de la distinction entre ce qui dérive de la maladie et ce qui fait suite à la mort. Nous avons vu que sous l'enchaînement temporel des symptômes vient au jour le cheminement des lésions, qui sont apprises au moment de l'ouverture du cadavre où elles coexistent synchroniquement. Le chemin invisible, témoigné d'après coup par la distribution lésionnelle, se rapporte au décours de la maladie d'une manière autre que chez Morgagni, car tout rapport de causalité entre lésion et symptôme est interrompu. Le concept de *siège* et ses trois références spatiales (localisation, foyer, primitivité) interviennent en ce sens en complexifiant la suite temporelle des symptômes par un ensemble des constances locales, «buissonnement spatio-temporel»²². Or, de quelle manière les lésions s'articulent aux symptômes?

Pour répondre à cette question, il est utile de comparer ces changements à la structure du signe classique. Il est clair qu'une fois introduit l'élément tiers des lésions, le rapport signifiant entre symptômes et maladie en est troublé, puisqu'à des lésions différentes peuvent correspondre les mêmes symptômes. L'ouverture clinique du cadavre brise la bi-univocité du rapport symptôme-maladie: le symptôme perd sa valeur de signe, affecté par une sorte de mutisme quant à sa capacité de dire la maladie. Le médecin doit forcément passer par les lésions, qu'il ne faut pas seulement étudier *post mortem*, mais qu'il s'agit de faire parler par-delà l'épaisseur organique du corps. C'est en raison de ce changement dans la structure signifiante du symptôme, que le regard médical éprouve de nouveaux besoins.

La médecine des symptômes était une médecine «expectante»²³, qui attendait dans le mutisme de son regard les manifestations immédiates de la maladies (symptômes), qu'il fallait laisser s'exprimer dans leur pureté pour pouvoir y reconnaître la pathologie et donc y intervenir. Maintenant ces mêmes symptômes ne parlent plus, c'est donc au regard de prendre la parole pour les interroger. Il cherche derrière les lésions, leur cause inscrite à la surface intérieure des tissus. «Alors que l'expérience clinique impliquait la constitution d'une *trame mixte du visible et du lisible*, la nouvelle séméiologie exige une sorte de *triangulation sensorielle* à laquelle doivent collaborer des atlas divers, et jusqu'alors exclus des techniques médicales: l'oreille et le toucher viennent s'ajouter à la vue»²⁴. Le médecin commence à toucher, frapper, ausculter, écouter, pour traverser la troisième dimension que la mort a ouvert à la maladie. Ces actions constituent la nouvelle

²¹ *Ibidem*.

²² *Ivi*, p. 141.

²³ *Ivi*, p. 166.

²⁴ *Ibidem*.

matérialisation de l'invisible, à la fois guide opératoire du médecin et réponse à son interrogation tri-sensorielle. Le *coup d'œil* vient remplacer, avec Bichat, le *regard pur*. Ce dernier permettait à la maladie de parler et au médecin de la dire par l'enregistrement et la totalisation d'un œil muet qui parcourait les surfaces pathologiques, comme autant de plages peuplées de symptômes-signes. Le coup d'œil, quant à lui, pointe, localise, il intervient comme un «doigt qui dénonce»²⁵ et qui se doit de provoquer la réponse, car l'attendre signifierait rater la maladie, enfermée dans son solitaire silence. Voilà donc que l'auscultation et la percussion deviennent les nouveaux instruments du médecin car ils font parler l'invisible, qui resterait autrement en retrait, laissant derrière lui la marche des lésions que seule la mort dévoilera pleinement.

À y regarder de plus près, pourtant, c'est ce dévoilement final qui vient troubler la description pittoresque que Foucault délivre de l'incarnation de l'invisible sous un nouveau regard. Par un détour rapide, ce dernier, semble être en dernière instance capturé par une visibilité originaire, en rapport à laquelle il acquière son véritable sens:

La triangulation sensorielle indispensable à la perception anatomoclinique demeure sous le signe dominant du visible: d'abord, parce que cette perception multisensorielle n'est qu'une manière d'anticiper sur ce triomphe du regard que sera l'autopsie; l'oreille et la main ne sont que des organes provisoires de remplacement en attendant que la mort rende à la vérité la présence lumineuse du visible; il s'agit d'un repérage dans la *vie*, c'est-à-dire dans la *nuit*, pour indiquer ce que seraient les choses dans la clarté blanche de la mort²⁶.

La matérialisation de l'invisible que nous avons déduite de la description de Foucault, est rapportée par ce dernier à une visibilité qui la justifie en dernière instance. Le coup d'œil donc, serait structuré par ce que la mort déclare au grand jour du cheminement de la maladie. L'expérience clinique, qui semblait trouver dans l'invisible dedans du corps ses conditions, se trouve au contraire surdéterminée par ce même dedans tel qu'il se donne dans la visibilité lumineuse de la mort.

Dans cette perspective, l'intervention du médecin est, certes, l'actualisation d'un regard local et circonscrit, «regard limitrophe du toucher et de l'audition»²⁷, dont l'objet est la réponse hésitante de la maladie depuis son invisible siège. Mais derrière lui, et après lui, l'entourant comme sa condition et sa fin véritable, on retrouve un regard absolu qui s'adresse à ce qui dans la vie peut restituer le visage indiscutable de la maladie: la mort, espace ultime de la «fondamentale visibilité des choses»²⁸. Et il ne

²⁵ *Ivi*, p.123.

²⁶ *Ivi*, p.169.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*.

serait point suffisant de réduire cette «suzeraineté»²⁹ du visible au simple fait de l'autopsie, en ce qu'elle permettrait de diriger son regard à l'intérieur du corps. C'est que l'objet que ce regard constitue se forme conceptuellement par toute une géographie, dont les catégories renvoient immédiatement à ce qui se donne à l'œil: «la forme, la grandeur, la position et la direction»³⁰. Encore une fois donc, ce n'est pas une simple opposition abstraite entre ce qui se voit et ce qui ne se voit pas, mais une articulation d'une manière de voir, qui forme concrètement invisibilité et visibilité, sur une manière de dire, qui tient ensemble ce qui se dit et ce qui est tu. Le visible affirme, avec l'anatomopathologie, son nouveau régime par-delà une sujétion, spatiale et temporelle, qui l'avait réduit à variable dépendante de l'invisible maladie, que ce soit sous la forme essentielle de la nosologie, ou temporelle de la médecine des symptômes. Il en serait une preuve historique, le rejet propre à Bichat et ses disciples du microscope ainsi que de toute technique scientifique s'adressant à ce qui n'est pas à l'échelle du regard.

4. Penser l'invisible. Une critique de l'histoire de la connaissance

Par le chemin que nous avons tracé en questionnant l'archéologie du regard médical, nous avons privilégié le statut que celle-ci assignait à l'invisible. Nous en avons constaté la place occupée à l'intérieur de la médecine des symptômes, opérant dans une forme temporelle qui conditionne le visible, et par conséquent le mode discursif de l'énonciation médicale. De ce point de vue singulier, la rupture épistémologique que consomme l'anatomopathologie apparaît sous un nouveau jour. Si, de la nosologie à la médecine des symptômes, l'invisible était entraîné en une temporalisation qui le faisait migrer du tableau des espèces à la série ouverte des événements-symptômes, le passage à l'anatomopathologie est bien plus radical en ce qu'il subordonne ce même invisible à la pleine visibilité de la mort. Toutefois, le rapport entre le visible et l'invisible interpelle immédiatement un récit qui domine l'histoire de la médecine, mais qui exprime de manière paradigmatique une certaine théorie de la connaissance imposant sa loi à l'écriture de l'histoire des sciences. C'est une idée simple. Ce modèle d'histoire raconte le devenir des formes relationnelles entre sujet et objet sur un fond immuable qui est celui de l'identité avec soi, de chacun des deux pôles qui entrent en relation. L'histoire de la médecine consisterait en un progressif rapprochement du médecin au lit du malade, dont le corrélatif est la progressive accumulation, l'ajustement, l'approfondissement de vérités dévoilées par le sujet dans l'objet qu'il veut connaître: «Comme si toute l'histoire de la connaissance

²⁹ *Ivi*, p.170.

³⁰ X. Bichat, *Essai sur Desault*, dans *Œuvres chirurgicales de Desault*, Paris, Méquignons, 1789, I, pp. 10-11.

n'agissait que par l'érosion d'une objectivité qui se découvre peu à peu dans ses structures fondamentales»³¹. Qu'est-ce qui est plus représentatif de ce modèle sinon les immémoriales métaphores du regard, de la lumière et du voir, qui manifestent et découvrent progressivement ce qui, devant elles, se retire dans l'ombre de l'objet en général? La critique que Foucault adresse à ce récit dénonce le fait que cette lumière et cette ombre non seulement n'ont point d'histoire, mais sont vouées à jamais en avoir, car la possibilité du récit se fonde sur leur identité anhistorique. La démarche de Foucault consiste justement en l'étude des formes concrètes de visibilité, non pas en ce qu'elles existent entre un sujet et un objet, mais en ce qu'elles constituent un champ multiple de conditions de possibilité, qui déterminent tant le sujet que l'objet, et qui donc historicisent les deux, s'installant sur le fond, lui-même mouvant, de l'histoire. Penser l'invisible dans les formes concrètes et historiques de son devenir, a entraîné Foucault à restituer la positivité d'un concept apparemment indissociable du travail du négatif. Car, un corollaire de la description approximative du modèle qu'une certaine théorie de la connaissance aurait fourni à l'histoire, pourrait être celui selon lequel l'invisible est cette portion de l'objet qui se soustrait à la connaissance actuelle, mais qui à chaque stade historique est partiellement éclairée. Ainsi, ce qu'une époque ne pouvait voir en raison de ses limites négatives, l'époque suivante pourra enfin le restituer dans sa vérité. Ce qui est restitué donc est le même invisible, qui reste égale à lui-même, à ceci près, qu'une partie de son tout est enfin dévoilée dans une accumulation progressive de connaissances. On y reconnaît le négatif en ce que l'invisible est ce dehors du visible qui n'a point d'histoire et qui peut l'acquérir en se niant lui-même, devenant visible. À cela, s'oppose une intériorité de l'invisible aux structures de la visibilité qui est bien décrite par Althusser qui, se référant à l'*Histoire de la folie à l'âge classique*, délivre un aspect constitutif de *Naissance de la clinique*:

Et puisque voilà évoquées, dans des termes qui reprennent de très remarquables passages de la préface de Michel Foucault à son *Histoire de la Folie*, les conditions de possibilité du visible et de l'invisible, du dedans et du dehors du champ théorique qui définit le visible, – nous pouvons peut-être faire un pas de plus, et montrer qu'entre ce visible et cet invisible ainsi définis, il peut exister un certain rapport de nécessité. L'invisible d'un champ visible n'est pas, en général, dans le développement d'une théorie, le n'importe quoi extérieur et étranger au visible défini par ce champ. L'invisible est défini par le visible comme son invisible, son interdit de voir : l'invisible n'est donc pas simplement, pour reprendre la métaphore spatiale, le dehors du visible, les ténèbres extérieures de l'exclusion, – mais bien les ténèbres intérieures de l'exclusion, intérieures au visible même, puisque définie par la structure du visible³².

³¹ M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, p.174.

³² L. Althusser-E. Balibar, *Lire le Capital*, Paris, Éd. François Maspero, Petite Collection Maspero 30, 1968, t. I, p. 26.

Or, penser l'invisible positivement signifie pour Foucault non seulement le montrer dans son rapport spécifique avec le visible auquel il est articulé, mais affirmer que ce qu'on ne voyait pas est à la fois un voir autre (différence historique) et une manière singulière de voir (composante d'un *a priori* concret). L'un des risques plus récurrents quant aux formes apparentes du négatif dans l'écriture de l'histoire est celui de la rétrospection, qui semble bien demeurer en une certaine image de l'invisible. Sous son joug, l'évaluation de ce qui n'était pas vu se passe après coup, en projetant sur une formation historique des conditions de réalité qui ne sont pas les siennes. Une critique transcendante qui confond ce qu'on voyait autrement avec ce qu'on ne voyait pas ; mais aussi un spectre historique de la différence, qui empêche d'expliquer pourquoi on ne voyait pas, puisqu'elle banalise le passé par le biais des concepts d'erreur, d'illusion, de vérité. La description de la rupture de l'invisible visible nous délivre en ce sens une critique de toute histoire linéaire et progressive. Mais la critique foucauldienne de l'invisible *négatif* nous permet d'aller même au-delà du constat althussérien. Celui-ci lui attribuait encore une dépendance à l'égard du visible, tandis que l'archéologie nous montre que l'invisible est aussi une manière positive de conduire le voir, et non seulement un voir «ailleurs»: essence de la maladie toujours en retrait des symptômes; ouverture temporelle de la série d'événement des symptômes-signes; distribution lésionnelle à interpeller, avant que la mort la rende visible.

5. Maladie et finitude

Dans *Naissance de la clinique*, il s'agit en dernier de l'entrée dans le champ de visibilité de ce qui rend possible l'anatomopathologie, à savoir de la venue au jour de la mort. Car, ce n'est qu'à la suite de l'intégration épistémologique de celle-ci dans et par l'anatomopathologie, qu'une connaissance positive de la maladie devient possible, la détachant d'une métaphysique du mal ainsi que de son statut d'essence dans la médecine des espèces. L'espace de la maladie qui avait dominé cette médecine se referme ainsi sur lui-même. Sa consistance se déployait au travers d'une triple spatialisation. La spatialisation primaire consistait en la disposition en tableau de la maladie dans l'ordre des espèces. Il s'agissait d'espèces à la fois naturelles et idéelles. Elles étaient naturelles puisque la maladie y exprime sa vérité essentielle: «La rationalité de la vie est identique à la rationalité de ce qui la menace. Elles ne sont pas, l'une par rapport à l'autre, comme la nature et la contre-nature; mais dans un ordre naturel qui leur est commun elles s'emboîtent et se superposent. Dans la maladie, on reconnaît la vie puisque c'est la loi de la vie qui fonde de surcroît, la

connaissance de la maladie»³³. Mais les espèces étaient idéelles aussi, puisqu'à cause de la médiation du corps du malade elles ne se donnent pas empiriquement. Le corps apparaît au contraire comme une contre-nature puisqu'il contamine les données de la maladie par la contingence de ses singularités: son âge, son historique, ses dispositions, sa physiologie sont autant d'obstacles qui s'opposent, dans l'ordre des connaissances, à l'assignation des symptômes à l'essence de la maladie qu'ils manifestent; mais ils le sont aussi dans l'ordre réelle puisque l'essence de la maladie y est corrompue dans le corps malade.

Par conséquent, le médecin doit faire abstraction du malade pour connaître la maladie, car sa vérité est énoncée sur le tableau nosologique et non pas sur le corps du patient. Ainsi, cette connaissance du corps est purement négative en ce qu'elle ne le connaît que pour mieux l'ignorer: si on connaît la singularité d'un cas, c'est pour mieux la suspendre dans tout ce qu'il peut y avoir de déviant à l'égard du cours naturel de la maladie. «Grille qui cache le malade réel, et retient toute indiscretion thérapeutique»³⁴. Même l'intervention censée le soigner produit un effet de trouble, puisque l'administration d'un remède pourrait polluer la nature de la pathologie, en compromettant la possibilité du diagnostic. Le médecin, aussi bien que le malade, doivent comme disparaître pour que la nature de la maladie puisse se manifester. Pourtant, l'impossibilité de contourner la coexistence de la pathologie et du corps malade pose le problème de la définition de l'ensemble des procédés qui permettent de passer de la surface ordonnée du tableau au volume et à la masse du corps.

C'est ce que Foucault appelle *spatialisation secondaire* en la résumant ainsi: «Ce qui fait communiquer le *corps* essentiel de la maladie avec le corps réel du malade, ce ne sont donc ni les points de localisation, ni les effets de la durée; c'est plutôt la qualité»³⁵. Toute essence consiste en un ensemble de variations qualitatives qui, combinées aux tempéraments, donnent lieu aux «histoires particulières», qu'il faut ainsi distinguer des «cas» puisqu'il n'y a aucune unicité dans cette multiplication: elle est l'actualisation dans le corps d'une essence idéelle qui contient en elle-même ce régime de variation. Par conséquent le corps n'est qu'un support muet que la maladie traverse, et qui lui offre une sorte de matière informe, mais pas entièrement, puisqu'elle a le pouvoir non seulement de montrer la maladie, mais de la faire dévier, autrement dit, de la «trahir». Survolons sur la description de la spatialisation tertiaire, où Foucault repropose l'étude qui, dans *l'Histoire de la folie*, analysait la réforme de l'assistance à la pauvreté et à la maladie au XVIII^e siècle en France et en Angleterre. Il en approfondit ici le rapport entre l'institution hospitalière et la maladie: l'hôpital est à l'âge classique un milieu contre-nature, où la maladie ne peut être reconnue, contrairement à la famille où les obstacles de son actualisation sont en large mesure

³³ Foucault, *Naissance* cit., p. 6.

³⁴ *Ivi*, p. 7.

³⁵ *Ivi*, p. 11.

neutralisés. Or, dans cette triple spatialisation de la maladie, la mort y recevait un statut double. Elle était à la fois la fin naturelle de certaines espèces de maladie et le dehors absolu aux confins de la vie biologique. Néanmoins, un problème se posait lorsque la décomposition des organes, travaillant le corps après la mort, modifiait les lésions dues à la maladie. Il était donc impossible de distinguer entre les effets superposés de la mort et de la maladie, «indéchiffrable désordre»³⁶.

C'est dans ce désordre que Bichat, comme nous l'avons vu, imposera une nouvelle loi, intégrant la mort dans la vie et objectivant par-là la maladie, désormais inscrite dans le corps. Ce que la rupture-Bichat rend possible c'est un savoir de l'individu, puisque la mort permet d'y inscrire sans médiation l'essence de la maladie. D'abord, cet ordre apporte une première distinction qui sépare les symptômes contemporains de la maladie de ceux qui anticipent la mort. L'ouverture des cadavres permet donc de décrire le cheminement de ces multiples morts, dont les lignes de propagations trouvent leurs conditions dans l'anatomie de l'organisme.

Si avec Bichat le regard médical «pivote sur lui-même»³⁷, c'est pour deux ordres de raison. La première se réfère au nouveau rapport qui surgit entre la mort et la vie, maintenant prises en une perméabilité qui permet d'éclairer les phénomènes organiques et leurs perturbations: «Avec Bichat, la connaissance de la vie trouve son origine dans la destruction de la vie, et dans son extrême opposé; c'est à la mort que la maladie et la vie disent leur vérité: vérité spécifique, irréductible, protégée de toutes les assimilations à l'inorganique par le cercle de la mort qui les désigne pour ce qu'elles sont»³⁸. Deuxièmement, c'est le rapport entre la maladie et le corps qui se trouve par-là réorganisé. L'ouverture des cadavres était une pratique bien précédente à Bichat, mais avec lui la mort est intégrée à un ensemble technique et conceptuel qui permet de rendre compte de la maladie et de la vie, alors que chez Morgagni le décès était un point de non-retour à partir duquel la maladie devenait intraversable. L'intégration de la mort dans l'espace de la vie permet d'objectiver la maladie comme étant indissociable de l'organisme dans sa définition organique et selon une analyse de type tissulaire. Elle prend corps dans le corps vivant: la limite de la mort s'inscrit dans l'anatomie du corps, qui peut maintenant fournir un support positif à la conceptualisation de la maladie. Mais surtout, c'est à partir d'elle si un discours sur l'homme peut voir le jour, puisque c'est autour de lui qu'il est maintenant possible de proférer un langage rationnel, tenir un discours scientifique :

C'est que l'homme occidental n'a pu se constituer à ses propres yeux comme objet de science, il s'est pris à l'intérieur de son langage et ne s'est donné en lui et par lui une existence discursive qu'en référence à sa propre destruction: de l'expérience de la Déraison

³⁶*Ivi*, p. 143.

³⁷*Ivi*, p. 149.

³⁸*Ivi*, p. 148.

sont nées toutes les psychologies et la possibilité même de la psychologie ; de la mise en place de la mort dans la pensée médicale est née une médecine qui se donne comme science de l'individu. [...] Le partage qu'elle trace et la finitude dont elle impose la marque nouent paradoxalement l'universalité du langage à la forme précaire et irremplaçable de l'individu³⁹.

De ce fait, la constitution d'un savoir de l'individu produit une inversion dans le rapport à la finitude de l'homme classique. Celle-ci avait pour contenu immédiat son rapport négatif à l'infini, alors que maintenant elle peut se constituer positivement selon une structure anthropologique qui pose dans la finitude elle-même ses conditions de possibilité. L'inscription de la mort dans la vie est ainsi un événement majeur dans la constitution des sciences de l'homme, puisque, ne se limitant plus à confronter l'homme au dehors absolu de sa vie, elle lui fournit dans sa visibilité le fondement d'un savoir technique et conceptuel de sa finitude, d'où dérive pour lui la possibilité d'être sujet et objet de sa propre connaissance. Par le biais d'une histoire de la médecine, venait non seulement au jour une structure anthropologique comme condition d'un savoir de l'homme, mais aussi le fait historique de son invention récente, qui appelait à une étude de l'ensemble des composantes de *l'a priori* de sa finitude, dont la célèbre archéologie des sciences humaines sera la suite logique.

³⁹ *Ivi*, pp. 200-201.