

# LA SCIENCE MEDICALE ET L'OUBLI DU PATIENT

---

## INTRODUCTION

Rarement la médecine a manifesté une posture aussi arrogante. Auréolée de ses succès, elle étale quotidiennement ses nouvelles réussites. Rien ne semble lui résister. Le génome humain, malmené, éveille toutes les ambitions. Mais cette victoire n'est qu'apparente car la médecine moderne suscite paradoxalement insatisfaction, méfiance, et elle est bien souvent accusée de ne plus entendre la plainte du patient.

La fin de vie cristallise toutes ces tensions. Réduit à son seul corps organique, le patient impuissant est parfois ballotté entre des mains expertes qui s'acharnent à le réanimer. La délivrance, longtemps attendue, se transforme en cauchemar médical. La loi, appelée en renfort, se doit désormais de protéger le patient contre ce zèle médical.

Il serait aisé d'expliquer cette ambiguïté comme la conséquence d'une médicalisation de l'existence, comme le résultat d'une médecine qui a perdu tout contrôle.

Pourtant, il me semble que c'est l'essence même du discours médical qui, dans son souci d'objectivation du corps et de la maladie, a fini par mettre entre parenthèses le patient et son histoire singulière.

En empruntant sa représentation normative de l'état pathologique à l'anatomie pathologique puis à la physiologie pathologique, la médecine s'est enfermée dans un piège savamment construit par elle-même, depuis plus de deux siècles, avec l'accord d'un sujet docile, admiratif des prouesses techniques d'une activité élevée au rang de science.

C'est de cet enfermement que je me propose de traiter dans ce long article. Il nous faudra pour cela patiemment remonter ces deux siècles, pour nous pencher sur ce moment si particulier de l'histoire médicale, et comprendre comment, de l'échange réciproque entre l'anatomie pathologique et la médecine clinique, naît déjà l'essentiel des contradictions de la médecine moderne. La clinique, c'est-à-dire la lecture de la maladie au lit du malade, sera à l'origine, mais aussi une des victimes, de cette tragédie médicale<sup>1</sup>.

## La synthèse anatomo-clinique

Jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, la maladie se résumait, pour les cliniciens, à un ensemble de symptômes que l'anglais Thomas Sydenham (1624-1689), puis le français Philippe Pinel (1745-1826), tentèrent de regrouper selon leurs similitudes afin de produire une classification nosologique cohérente.

Pour parfaire cette classification, le médecin devait associer à la précision du peintre la méthodologie du botaniste. Ainsi, Pinel distinguait cinq classes de maladies : les hémorragies, les fièvres, les phlegmasies, les névroses et les lésions organiques. Les fièvres comportaient six ordres, à leur tour déclinés en dix-huit genres et autant d'espèces<sup>2</sup>.

De son côté, l'anatomie pathologique permettait, après l'ouverture du cadavre, de déterminer la « cause immédiate » ou « l'effet de la maladie ».

---

<sup>1</sup> Cet article doit beaucoup à mon travail de thèse : P. CABORET, *Le manuscrit Adversaria de R.T.H. LAENNEC : une problématique de la connaissance médicale au début du XIX<sup>e</sup> siècle*, Thèse de médecine sous la direction de C. DUBOIS, 2000.

<sup>2</sup> P. PINEL, *Nosographie philosophique...*, 3 volumes, 6<sup>e</sup> édition, Paris, 1818.

Mais ces deux disciplines que sont l'anatomie pathologique et la clinique apparaissent séparées, disjointes et aussi impuissantes l'une que l'autre à apporter une compréhension de la maladie et une réponse thérapeutique au patient souffrant.

L'ouvrage du médecin italien Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* publié tardivement en 1761, cherchait déjà à établir une relation entre la lésion observée sur le cadavre et la symptomatologie clinique.

Mais, Morgagni est embarrassé par sa représentation physiopathologique inspirée par les doctrines iatrophysiques, où il est question d'humeurs âcres irritant l'unité fibrillaire - élément constitutif des nerfs et des vaisseaux - expliquant le trouble des fonctions vitales.

Il a fallu attendre le début du XIX<sup>e</sup> siècle, pour assister à la mise en relation de la clinique et de l'anatomie pathologique.

Dans l'univers institutionnel des grands hôpitaux de Paris, René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) et les cliniciens de l'École de Paris unifient, sous le concept de médecine anatomo-clinique, les deux disciplines.

En accordant un statut bien particulier à l'anatomie pathologique, les cliniciens de l'École de Paris identifient progressivement la maladie à l'altération pathologique. L'objectif du diagnostic est, dès lors, de révéler la lésion cachée à partir des symptômes morbides du patient.

La clinique, poussée à un paroxysme de précision, n'est plus cet outil nosographique aveugle. Elle entretient désormais avec l'anatomie pathologique un dialogue régulier.

La lésion est devinée sur le vivant par l'examen clinique. L'autopsie souvent systématique permet secondairement de vérifier l'hypothèse clinique initiale. Le diagnostic prend la forme d'une hypothèse clinique.

Mais, laissons R.T.H. Laennec nous décrire l'application de sa méthode :

« Appelé un jour en consultation avec M. Martin, pour voir une jeune personne d'environ 26 ans, atteinte d'une péritonite qui durait depuis plusieurs semaines, je trouvais en percutant le ventre que, dans la région iliaque gauche et dans la région lombaire, le son était très clair et tympanique dans une étendue de deux à trois doigts de gauche à droite, que des deux côtés de cet espace résonnant, le son était tout à fait mat, dans une étendue transversale de deux à trois pouces... J'en conclus que l'espace résonnant indiquait le trajet d'une portion d'intestin adhérente en cet endroit aux parois abdominales par une exsudation pseudomembraneuse épaisse non encore convertie en tissu cellulaire. Ce diagnostic parut très probable à M. Martin, mais nous ne pûmes le vérifier par l'autopsie »<sup>3</sup>.

Au fur et à mesure de l'examen clinique, la lésion et ses caractéristiques anatomopathologiques se révèlent à nos cliniciens avec une précision étonnante. L'interface entre la lésion et le regard clinique s'efface lentement. D'une main, Laennec écarte lentement la buée qui obscurcit le regard. Dans le cas cité, l'autopsie n'a pas pu confirmer l'hypothèse clinique. Et nous pouvons encore imaginer le désappointement de Laennec.

Pour que se réalise cette synthèse anatomo-clinique, il a fallu que se réunissent conjointement des conditions institutionnelles, mais aussi conceptuelles, favorables à une telle synthèse.

## - *La transformation de l'institution hospitalière*

L'évolution de la structure hospitalo-universitaire, à la fin de l'Ancien Régime, crée indéniablement des conditions propices au renouvellement de la médecine clinique.

Une telle transformation avait déjà été observée dans des conditions similaires au XVIII<sup>e</sup> siècle à l'École de Padoue et à celle d'Édimbourg.

---

<sup>3</sup> P. CABORET, *Le manuscrit Adversaria de R.T.H. LAENNEC : une problématique de la connaissance médicale au début du XIX<sup>e</sup> siècle*, p. 75.

L'hôpital, à la fin de l'Ancien Régime, s'est bien agrandi. Difficile de comparer les douze lits de la clinique de Herman Boerhaave (1668-1738) et les 20 341 patients suivis dans les quarante-huit hôpitaux parisiens en 1788<sup>4</sup>.

L'hôpital renie progressivement sa vocation philanthropique et asilaire et s'affirme avec une vocation nettement plus universitaire. Il devient un lieu de soins, d'enseignement et de recherche. Les médecins ont rapidement face à eux une multitude de cas aux pathologies variées et avec un taux de mortalité particulièrement élevé, compte tenu de la faiblesse de la thérapeutique en cours, favorisant ainsi l'enchaînement des autopsies. De toute évidence, l'hôpital bénéficie de son passé asilaire. Les malades acceptent de bon gré cette médicalisation en échange d'un abri et des soins prodigués. Dès son entrée, le patient connaît un examen clinique exhaustif, tous les symptômes sont répertoriés, scrupuleusement notés et archivés. En cas de décès, l'autopsie devait être rapide et l'examen autopsique tout aussi précis. Bizarrement, tout semblait se passer comme si « les malades se trouvaient dans l'hôpital pour les médecins et non l'inverse »<sup>5</sup>.

De son côté, l'enseignement médical subit une profonde, mais nécessaire, remise en question. Dans un premier temps, la loi du 18 août 1790, votée par l'Assemblée constituante, supprime toutes les corporations enseignantes et pendant quatre années assez troubles, les facultés ne décernent plus aucun diplôme de doctorat en médecine. Mais, face au besoin urgent de praticiens, le décret du 14 frimaire an III, rétablit l'enseignement médical et crée les nouvelles Écoles de Santé. La priorité de ces écoles est donnée à l'enseignement pratique de la médecine, au détriment d'une approche théorique. En outre, le rapport de Fourcroy à la Convention promulgue au même moment la réunification de la médecine et de la chirurgie. Ce rapprochement institutionnel permet de comprendre l'importance que prendra l'anatomie pathologique dans l'activité clinique<sup>6</sup>.

### - *Le renouveau de la médecine clinique, l'influence de la pensée vitaliste*

Après un long déclin, la clinique connaît, dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, une véritable réhabilitation. La lecture des œuvres d'Hippocrate devient incontournable, le citer c'est garantir le sérieux de son œuvre, l'oublier soulève une suspicion. Le vieux maître de Cos retrouve tardivement une seconde jeunesse.

Redécouvrir Hippocrate, « premier penseur sensualiste », pour Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821), c'est revenir au principe même de l'observation. La collection hippocratique témoigne en effet d'un véritable art de l'observation. Le moindre symptôme est saisi, répertorié. Tous les sens du clinicien sont en alerte, « vue, ouïe, toucher, odorat, goût, raison... »<sup>7</sup>.

Bien sûr, cette référence soudaine à Hippocrate ne concerne pas un schéma physiopathologique antique totalement dépassé depuis le XVI<sup>e</sup> siècle, mais elle apparaît plutôt comme la traduction clinique d'une méfiance envers une conception mécaniste du vivant.

En effet, depuis la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, s'opposent deux conceptions théoriques du vivant. La conception mécaniste, issue d'une pensée rationaliste, tente d'expliquer les phénomènes de la nature, d'après les lois universelles qui gouvernent la matière. La vie est ainsi conçue comme un ensemble de processus physico-chimiques et l'organisme vivant ressemble à une belle mécanique. Le corps humain, représenté par René Descartes comme un assemblage de pièces hydrauliques et pneumatiques, rappelle en bien des points le moteur à explosion, création des nouvelles techniques industrielles. Cette mécanisation du vivant répond à un vaste projet d'intelligibilité de la vie, mais elle réduit par ce fait l'organisme à une simple mécanique. De son côté, la doctrine vitaliste, réfute cette approche mécaniste

<sup>4</sup> E.H. ACKERKNECHT, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986, p. 29.

<sup>5</sup> M.D. GRMEK, « Le concept de maladie », *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Tome 3, Seuil, 1999, p. 147-167.

<sup>6</sup> M.-J. IMBAULT-HUART, *L'École pratique de dissection de Paris de 1750 à 1822 ou l'influence du concept de médecine pratique et de médecine d'observation dans l'enseignement médico-chirurgical au XVIII<sup>e</sup> et au début du XIX<sup>e</sup>*, Thèse d'histoire des sciences, Université de Paris I, mars 1973, p. 81-125.

<sup>7</sup> HIPPOCRATE, *Épidémies* VI, 8, c.17, repris par J. JOUANNA : « De l'observation du visible à la reconstruction de l'invisible », *HIPPOCRATE*, chapitre I, Fayard, 1992, p. 409-452.

qui réduit l'être vivant à un organisme uniforme, figé dans un fonctionnement dicté par les lois de la physique et de la chimie, menant la médecine vers une impasse dangereuse.

Laennec en convient : « le matérialisme qui s'est répandu dans les écoles, à la fin du dernier siècle, en est venu à définir la vie d'une manière qui équivalait à la négation de son existence »<sup>8</sup>.

En accordant « toute sa confiance au vivant »<sup>9</sup>, la doctrine vitaliste prêche au contraire pour un retour à une conception de la vie avec ses mouvements, ses forces opposées, ses propriétés spécifiques... L'organisme vivant n'est plus pensé comme une machine hydraulique mais comme un agencement de matières et de forces qui croissent, se transforment et se reproduisent.

C'est dans cette « atmosphère vitaliste », que s'élabore une pratique clinique fondée sur l'observation, au plus près du malade, afin de saisir « la nature réelle des maladies » et de préférence sans parasitage théorique. Il nous est toujours apparu que ce retour étonnant et bien tardif à Hippocrate exprimait le refus d'une approche réductrice du vivant.

### - *Le statut accordé à l'anatomie pathologique*

En attribuant à l'anatomie pathologique une importance toute particulière, les cliniciens de l'École de Paris inversent le regard porté sur la maladie. Progressivement, les altérations repérées sur le cadavre ne sont plus considérées comme les conséquences de la maladie, mais deviennent l'essence même de celle-ci. La maladie n'est dès lors plus appréhendée à partir des caractéristiques cliniques mais d'après les lésions repérées par l'anatomie pathologique.

La nature des lésions observées suscite des débats virulents entre les cliniciens. Ainsi, pour Xavier Bichat, la maladie est une altération des tissus et de leurs propriétés vitales ; le symptôme est l'expression visible et extérieure d'une altération des fonctions secondaires aux lésions tissulaires<sup>10</sup>.

En accordant ce statut bien particulier à l'anatomie pathologique, les cliniciens de l'École de Paris délaissent progressivement l'ancienne nosologie fondée sur le symptôme pour construire une nouvelle classification reposant « sur des signes fixes, d'après l'appareil de l'économie animale lésé »<sup>11</sup>.

Le statut accordé à l'anatomie pathologique fait désormais descendre le regard médical dans la profondeur de l'organisme. Ce qui était invisible devient progressivement visible. Ce qui était opaque devient transparent. Le corps du patient se prête à une nouvelle lecture. Cette nuit, que décrit si bien Michel Foucault, s'éclaire lentement, mais en s'éclairant, elle plonge dans la pénombre l'histoire de la maladie<sup>12</sup>. L'anamnèse, mais aussi l'histoire sociale et géographique du patient perdent de leur intérêt. Les symptômes divers et flous, chers à la médecine hippocratique, deviennent encombrants, embarrassants. On ne retient que les symptômes évocateurs d'une maladie et, de préférence, le signe pathognomonique. Avec cette nouvelle visibilité de la maladie débute paradoxalement la mise entre parenthèses du patient.

---

<sup>8</sup> R.T.H. LAENNEC, « Du principe de la vie » ; P. CABORET, *Le manuscrit Adversaria de R.T.H. LAENNEC : une problématique de la connaissance médicale au début du XIX<sup>e</sup> siècle*, p. 85-86.

<sup>9</sup> G. CANGUILHEM, « Aspect du vitalisme », p. 82-100 et « Machine et organisme », p. 101-107, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1992.

Et, la thèse de R. REY, *Naissance et développement du vitalisme en France de la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle à la fin du Premier Empire*, Thèse de doctorat d'état, Paris I, Sorbonne, 1987, Tome 1.

<sup>10</sup> X. BICHAT, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort. Anatomie générale appliquée à la physiologie...*, G.F. Flammarion, Paris, 1994.

<sup>11</sup> G.L. BAYLE, *Considérations sur la nosologie, la médecine d'observation et la médecine pratique*, Thèse de médecine, Paris, 1802, p. 103.

<sup>12</sup> M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, Paris, P.U.F., 1963.

# Des symptômes au signe clinique pathognomonique

Le symptôme est l'expression subjective de la maladie, « sa visibilité immédiate »<sup>13</sup>, mais il demeure flou et inconstant. Ainsi, l'essoufflement, la douleur sont de l'ordre du symptôme, mais que cela est vague et imprécis. S'agit-il d'une maladie cardiaque, pulmonaire ?

Avec la percussion puis l'auscultation, R.T.H. Laennec et son ami Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) privilégient la recherche du signe au détriment de celle du symptôme. Le signe révèle ce que le symptôme dévoile confusément, il identifie l'altération pathologique cachée, il annonce clairement la lésion que l'autopsie confirmera.

Bien entendu, les médecins cliniciens n'ont pas attendu Laennec pour décrire les manifestations sonores pulmonaires. Déjà, dans l'Antiquité, Hippocrate, l'oreille collée au dos du malade, remarque différents bruits, « des grésillements, un frottement de cuir... »<sup>14</sup> puis, si on secoue le malade en le tenant fermement par les aisselles, technique dite de la « succussion hippocratique », on déclenche « une fluctuation », telle le bruit d'une vague se heurtant contre les rochers, traduisant la présence d'un épanchement dans la cavité pleurale.

Et c'est dans la suite des travaux hippocratiques que R.T.H. Laennec, inspiré par les travaux du médecin autrichien Léopold Auenbrugger (1722-1809)<sup>15</sup>, utilise au mois de novembre 1816 un petit cylindre acoustique dont la finalité est de créer une médiation entre l'oreille de l'examineur et le thorax. Le futur stéthoscope permet au clinicien d'amplifier les bruits, de pénétrer ensuite au plus près de l'organe, de sentir ses mouvements, le déplissement des alvéoles, la diminution du murmure vésiculaire...

R.T.H. Laennec et G.L. Bayle multiplient les observations cliniques et autopsiques et s'acharnent à faire correspondre méthodiquement les signes auscultatoires à la lésion sous-jacente. Mais, bien souvent, le corps reste muet : « Ce sujet offre un exemple d'une hypertrophie avec dilatation du cœur, qui n'a donné aucun signe de son existence, ni par le cylindre, ni par la percussion, ni par les symptômes généraux. Nous verrons en traitant des maladies du cœur, à quoi tient cette absence de signe »<sup>16</sup>. À force d'acharnement, nos deux cliniciens parviennent à révéler l'altération pathologique, sans que le contrôle autopsique soit nécessaire. L'examineur devine avec l'auscultation médiate, la lésion cachée ; ainsi : « le râle crépitant sec, à grosses bulles, ou craquement, n'existe guère que dans l'inspiration. Le bruit est tout à fait analogue à celui d'une vessie sèche que l'on insuffle. Ce phénomène est le signe pathognomonique de l'emphysème pulmonaire et de l'emphysème inter lobulaire du poumon »<sup>17</sup>. Avec la percussion puis l'auscultation, Laennec et Bayle privilégient rapidement la recherche du signe pathognomonique au détriment de celle du symptôme et participent ainsi à la production d'un véritable renouvellement épistémologique. Le médecin peut désormais mettre en évidence un signe clinique en l'absence de tout symptôme. Dans son *Traité de l'auscultation médiate*, Laennec décrit la pectoriloquie, forte sonorité localisée, due à la résonance de la voix dans une cavité intra parenchymateuse pulmonaire tuberculeuse, comme le signe d'une phtisie pulmonaire provisoirement sans symptôme. La technique d'exploration devance la symptomatologie clinique, voire elle s'en désintéresse. Débute, dès lors, une physiologie pathologique ou une médecine sans le malade, et bientôt sans le médecin. Radiographie avant la lettre, le stéthoscope de Laennec inaugure les futures techniques d'investigation.

---

<sup>13</sup> *Ibid.*, « L'invisible visible ». Pour une approche plus vaste du symptôme voir : C. VOLLAIRE « Symptôme », *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, 2004.

<sup>14</sup> HIPPOCRATE, *Maladie II*, C.59.

<sup>15</sup> L. AUENBRUGGER, *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi*, Vienne, 1761 ; traduction et commentaire français de J.N. CORVISART, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1808.

<sup>16</sup> R.T.H. LAENNEC, *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*, Paris, 1879, p. 213.

<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 71.

# Claude Bernard et la critique physiologique, une nouvelle conception de la pathologie

La méthode anatomo-clinique bouleverse radicalement la représentation de la maladie mais elle montre aussi rapidement ses limites. L'anatomie pathologique peut, dans bien des cas, suffire à l'identification d'une lésion comme responsable d'une symptomatologie morbide et, à ce titre, le *Traité de l'auscultation médiate* de R.T.H. Laennec signe l'acte de naissance de la future discipline pneumologique.

La tuberculose pulmonaire est consacrée comme entité nosologique, anatomique et clinique et, bien souvent, sans la nécessité d'un recours aux futurs examens complémentaires, comme la bactériologie ou la radiologie.

Mais, le clinicien de ce début du XIX<sup>e</sup> siècle est rapidement démuni face à un patient qui présente des signes cliniques de décompensation acidocétosique d'un diabète, traduite cliniquement par une asthénie, une polyurodipsie, une polypnée superficielle, une perte de poids rapide... Soit tout un cortège de symptômes sans localisation précise, du moins dans l'immédiat, si divers que seule une représentation physiopathologique holistique peut aider le clinicien. Les médecins de l'École de Paris sont bien conscients des limites opératoires de la méthode anatomo-clinique et d'une conception uniquement ontologique de la maladie. Les maladies générales comme les fièvres, le scorbut, la rage, l'asthme..., dépourvues de tout substratum organique, trouvent une réponse dans une probable lésion du principe vital ou de l'élément liquidien vestige de conceptions humoristes encore bien récentes. En outre, la méthode anatomo-clinique ne parvient pas à comprendre le fonctionnement ou le dysfonctionnement d'un organe à partir de l'inspection directe de celui-ci. Le montage physiopathologique qui est proposé s'inspire bien souvent d'une conception mécanique de la fonction, ce qui est d'ailleurs paradoxal pour une pensée imprégnée par un discours vitaliste.

La critique majeure de la médecine anatomo-clinique sera réalisée par le physiologiste Claude Bernard (1813-1878) qui, tout en reconnaissant les mérites de cette méthode dans sa capacité de mise en relation des altérations tissulaires avec les phénomènes morbides, estime que l'anatomie pathologique est incapable de comprendre, par la seule observation de l'organe et de la lésion, le fonctionnement du vivant et la nature des altérations qui siègent dans la lésion : « Il faut donc instituer pour la pathologie une vivisection pathologique, c'est-à-dire qu'il faut créer des maladies chez les animaux et les sacrifier à diverses périodes de ces maladies. On pourra ainsi étudier sur le vivant les modifications des propriétés physiologiques des tissus »<sup>18</sup>. Une démarche expérimentale se substitue progressivement à une observation passive de l'organe. L'expérimentateur ne se limite plus à relever les variations anatomiques ou tissulaires, mais il agit directement sur le tissu en l'isolant, le sectionnant. L'anatomie devient l'auxiliaire de la physiologie. Dès lors, Claude Bernard renverse le postulat anatomique, l'observation de l'organe ou de la lésion ne permet pas de comprendre le fonctionnement ou le dysfonctionnement de ce dernier, mais c'est inversement en découvrant une fonction que l'on peut comprendre l'organe. Ainsi, c'est seulement en privant un chien de son pancréas que Oskar Minkowski et Joseph von Mering réussissent à mettre en évidence, quelques années plus tard, la fonction endocrine du pancréas<sup>19</sup>.

Rapidement, Claude Bernard élabore la physiologie comme une discipline scientifique autonome séparée et critique de l'anatomie pathologique et de la clinique. Cette discipline construit un schéma physiopathologique sur lequel peut désormais s'appuyer la clinique : « La base scientifique de la médecine expérimentale est la physiologie ». Ainsi, « les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques dans des conditions nouvelles, qu'il s'agit de déterminer »<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> C. BERNARD, « De l'anatomie pathologique et des sections cadavériques dans leurs rapports avec la vivisection », chapitre II, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Champs classiques, 2008, p. 203-207.

<sup>19</sup> G. CANGUILHEM, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1992, p. 19-21.

<sup>20</sup> C. BERNARD, « De la fausse application de la physiologie à la médecine », chapitre IV, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Champs classiques, 2008, p. 336-343.

La notion de milieu intérieur dresse le cadre d'application de cette physiologie expérimentale. Sa fixité et sa nature physicochimique permettent de dépasser l'obstacle vitaliste qui animait la pensée des médecins cliniciens du début du XIX<sup>e</sup> siècle. En effet, la variabilité et le caractère insaisissable des forces et des propriétés vitales annihilent tout projet de mesure quantitative<sup>21</sup>. De son côté, le concept de déterminisme des phénomènes du vivant fixe le cadre des procédures d'expérimentation. Ce déterminisme est, rappelons-le, un principe scientifique absolu. Il fixe les conditions des phénomènes : « il permet d'en prévoir l'apparition, de les provoquer lorsqu'ils sont à notre portée. Il ne rend pas compte de la nature. Il ne sert à rien pour la connaissance, mais il nous en rend maître. Le déterminisme est donc la seule philosophie scientifique possible »<sup>22</sup>.

Claude Bernard établit une identité de nature entre les phénomènes physiologiques et pathologiques. L'état pathologique s'apparente à une variation quantitative de la norme physiologique. Il est le prolongement d'un état considéré comme physiologique, sous sa forme quantitative. La maladie est dès lors l'expression clinique d'un trouble, d'un désordre d'une fonction physiologique : « L'exagération, la disproportion, la dysharmonie des phénomènes normaux constituent l'état maladif ». L'état physiologique stable est censé définir la santé.

Même s'il s'en défend, Claude Bernard déplace le lieu de compréhension de la maladie de l'hôpital vers le laboratoire. La clinique devient, à son tour, l'auxiliaire de la biologie. C'en est fini d'une médecine qui se construit au lit du malade, l'observation clinique est parfois nécessaire mais souvent bien stérile. Seule, une médecine fondée sur une connaissance physiologique du vivant peut parvenir à donner sens au symptôme. Claude Bernard résume ce déplacement du lieu de compréhension de la maladie dans un célèbre paragraphe : « En un mot, je considère l'hôpital seulement comme le vestibule de la médecine scientifique ; c'est le premier champ d'observation dans lequel doit entrer le médecin, mais c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale ; c'est là seulement qu'il cherche l'explication de la vie à l'état normal et pathologique au moyen de l'analyse expérimentale »<sup>23</sup>. Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) avait déjà formulé, quelques années auparavant, la nouvelle orientation de la pratique médicale : « la médecine est la physiologie de l'homme malade »<sup>24</sup>.

## Le regard de la bactériologie

Le développement de la discipline microbiologique, dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, accentue le déplacement de la médecine de la clinique vers le laboratoire.

Les maladies épidémiques, classées initialement selon leurs symptômes, sont progressivement attribuées à un agent pathogène exogène dont le cycle et le développement se précisent<sup>25</sup>.

Mais, pour établir ce lien, qui nous semble rétrospectivement si évident, il a fallu à Louis Pasteur (1822-1895), à Robert Koch (1843-1910) et à tant d'autres, renouveler toute une pensée médicale et biologique. Ce renouvellement de la pensée biologique est marqué par des étapes successives.

Il a fallu, dans un premier temps, critiquer contre vents et marées la théorie contagieuse, qui attribuait aux miasmes et aux toxiques les désordres observés.

---

<sup>21</sup> Sur la notion de milieu intérieur chez Claude Bernard, voir M.D. GRMEK : *Le legs de Claude Bernard*, Paris, Fayard, 1997.

<sup>22</sup> C. BERNARD, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, 1878, Tome 1, p. 397, réédité récemment par Vrin.

<sup>23</sup> C. BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Champs classiques, 2008, p. 257.

<sup>24</sup> J-B. BOUILLAUD, *Essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale*, Paris, 1836, p. 69.

Souignons que nos cliniciens, de ce début du XIX<sup>e</sup> siècle, avaient déjà débuté ce déplacement de la clinique vers le laboratoire. Ainsi, Bayle et Laennec connaissaient parfaitement les travaux physiologiques en cours, notamment ceux de Julien Legallois.

<sup>25</sup> Sur ce thème, voir :

- B. FANTINI, « La microbiologie médicale », *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Seuil, 1999, Tome 3, p. 115-146.
- F. DELAPORTE, « Contagion et infection », *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, P.U.F., 2004, p. 283-287.
- M.D. GRMEK, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Paris, Payot, 1994.
- E.H. ACKERKNECHT, « Hygiène », *La médecine hospitalière à Paris*, Paris, Payot, 1986, p. 190-207.

Il a fallu ensuite isoler les germes et les parasites pour les classer suivant leur morphologie microscopique et leur métabolisme, tout en favorisant leur réplication dans un but expérimental, puis, remettre en cause la théorie dominante de la génération spontanée. Et, enfin, établir une corrélation entre les micro-organismes observés et une pathologie identifiée.

Les expériences cliniques du célèbre médecin autrichien Ignaz Semmelweis (1818-1865) illustrent la progressivité, mais aussi toute la complexité du mode d'élaboration d'une nouvelle approche médicale et biologique. Semmelweis met certes en évidence la transmission aux femmes enceintes de la fièvre puerpérale par un personnel médical préalablement en contact avec des cadavres ou des femmes atteintes de la maladie, mais il impute encore la contagiosité de ces fièvres à la contamination de tissus sains par une « matière putréfiée » de nature toxique. De même, l'efficacité de l'hypochlorite de calcium utilisé par Semmelweis est attribuée à une action comme antidote aux « substances toxiques » alors que ce composé agit comme antiseptique vis-à-vis d'un risque bactérien<sup>26</sup>...

En attribuant la responsabilité d'un agent pathogène dans la survenue d'un processus infectieux, la bactériologie achève un renversement conceptuel, déjà bien amorcé par la physiologie. La maladie n'est plus définie par des symptômes et des caractéristiques anatomo-pathologiques, mais par sa cause initiale, en l'occurrence, l'agent pathogène. La bactériologie définit « la maladie par sa cause »<sup>27</sup> et l'animal devient même, pour l'occasion, le modèle expérimental pour la compréhension de la maladie.

Dès lors, la bactériologie se constitue en discipline scientifique autonome, éloignée d'une médecine clinique et universitaire, et donne naissance, à son tour, à de nouvelles disciplines scientifiques comme l'immunologie, la virologie, etc.

Ses applications pratiques bouleversent la vie quotidienne et trouvent rapidement un usage médical, voire une utilisation courante, dans la société civile (vaccination, stérilisation, etc.). Oubliés, le tâtonnement expérimental, les découvertes prétendument fortuites et faussement attribuées, les vaccinations douteuses, voire peu déontologiques<sup>28</sup>. Le portrait de Louis Pasteur vaccinant Joseph Meister, ce jeune alsacien mordu par un chien enragé et promis à une mort atroce, circule entre les mains des enfants des écoles primaires de France. Louis Pasteur, véritable héros mythique d'une République Laïque, symbolise le progrès et la victoire de la science médicale sur la maladie.

## Et pourtant une science du pathologique est illusoire

Concevoir la pathologie comme une connaissance objective, à part entière, soit comme une discipline autonome : la science des altérations pathologiques, soit comme une partie intégrante de la physiologie : la continuité d'un état considéré comme normal, c'est prendre le risque de couper l'état pathologique de son lien avec la clinique d'où il est originellement issu. Le philosophe des sciences Georges Canguilhem critique cette approche : « il n'y a pas de pathologie objective ! ». Si l'on veut établir une science de l'état pathologique, il faut, dans ce cas, « fonder la pathologie sur les bases de la loi et du déterminisme »<sup>29</sup>, ce qui amènerait à enlever toute dimension de polarité au pathologique, idée pourtant chère à Claude Bernard<sup>30</sup>. En outre, si l'on conçoit l'état pathologique comme une polarité par rapport à une norme, on choisit de ne plus considérer la vie « d'un œil indifférent », c'est-à-dire du point

<sup>26</sup> Pour une approche littéraire, L-F. CELINE, *Semmelweis*, Gallimard, 1977.

<sup>27</sup> Manuscrits ROUX, Archives du musée de l'Institut Pasteur, Paris.

<sup>28</sup> A la fin de l'épreuve thérapeutique, Pasteur inoculera au jeune Joseph Meister une rage nettement plus virulente afin de tester son immunité préalablement acquise.

<sup>29</sup> G. CANGUILHEM, « Physiologie et pathologie », *Le normal et le pathologique*, P.U.F., 2003, p. 135-153.

C. LEFEVE, « Le normal et le pathologique », *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Les Belles Lettres, 2007, p. 86-103.

<sup>30</sup> Claude BERNARD en convient : « L'explication des phénomènes pathologiques doit être déduite des mêmes lois qui régissent les phénomènes normaux de la vie. D'où, il résulte que le vrai problème de la médecine scientifique est de découvrir les lois communes à la physiologie et à la pathologie ».

C. BERNARD, *Leçons sur la chaleur animale, sur les effets de la chaleur et de la fièvre*, 1878, p. 391 ; cité par M.D. GRMEK, *Claude Bernard et la méthode expérimentale*, Paris, Payot, 1991, p. 151.



de vue du physicien. Nous nous permettons d'insister sur le fait que la science en tant que connaissance dite « objective » établit entre les phénomènes des rapports universels nécessaires. La loi, ainsi construite, autorise des prévisions d'évènements dont certains peuvent être reproduits expérimentalement. Mais cette activité scientifique est descriptive et non normative, elle n'intègre aucune notion de valeur propre à toute appréciation normative, et cela quelque soit la fréquence de survenue d'un évènement particulier. A-t-on déjà observé, un soir d'été, une météorite dont le trajet serait pathologique ?

Or, c'est toujours la relation à l'individu malade qui justifie de qualifier un phénomène biologique comme pathologique.

Tout part initialement du patient qui, malade, demande au médecin une intervention thérapeutique. Sa souffrance, ses douleurs, sa dégradation demandent à être soulagées voire supprimées au regard de son appréciation personnelle, de son propre parcours de vie. Le pathologique est premier, il est même paradoxalement de l'ordre du sujet, à l'inverse de ce que suggère la pensée des sciences positives, qui en fait un état second. La clinique, cette rencontre singulière avec le patient, établit cette relation avec l'individu malade. Ce qui détermine le caractère pathologique d'une lésion, c'est son retentissement clinique à plus ou moins longue échéance. L'anomalie n'est pas nécessairement pathologique. Avec le développement du raisonnement prédictif, le nouveau discours médical va affiner cette approche : une lésion est considérée comme pathologique lorsqu'elle peut occasionnellement entraîner une maladie avec une répercussion globale sur le corps humain. Ainsi, le développement d'une plaque athéromateuse artérielle peut être considéré comme banal chez le sujet âgé, en cas d'absence de répercussion clinique, mais peut être considéré comme hautement pathologique chez un sujet jeune. Et cet athérome entraînera de ce fait une prise en charge thérapeutique active, alors que le patient se considère très probablement en pleine santé et sans le moindre symptôme. Georges Canguilhem résume toute cette approche dans son ouvrage de référence : « En matière de pathologie, le premier mot historiquement parlant, et le dernier mot, logiquement parlant, revient à la clinique ».

## CONCLUSION

Avec le statut accordé à l'anatomie pathologique, la médecine anatomo-clinique remet sur pied ce qui marchait la tête en bas. Comme cela est bien joué ! En articulant le regard clinique avec une connaissance scientifique du vivant, le corps se prête, dès lors, à une nouvelle lecture, d'une redoutable efficacité. Mais, la médecine anatomo-clinique a, dans le même temps, favorisé le déplacement du lieu de compréhension de la maladie, de la clinique vers le laboratoire. L'animal devient même le modèle expérimental de la maladie. Avec ce déplacement, la médecine emprunte progressivement aux sciences du vivant sa conception de l'état pathologique, sans tenir compte des critères de valeur liés à la singularité du patient.

La mise entre parenthèses du patient devient dès lors inexorable, elle relève désormais du refoulé dans l'inconscient médical, lequel réapparaît parfois sous la forme d'une mauvaise conscience, révélant une trahison aux conséquences mortifères.

En orientant l'essentiel de son regard à partir de la profondeur de l'organisme, la médecine prend le risque de construire une représentation normative de l'être humain en total décalage avec le sujet social.

La clinique, cette rencontre singulière avec le patient, a longtemps permis d'ajuster l'approche normative de la physiologie et le regard de la technique sur la maladie. L'affaiblissement de la clinique laisse désormais libre cours à la pensée biologique. La norme biologique, érigée en fait objectif, quantifiable, censée définir l'état de santé, condamne tout patient potentiel à une hygiène de vie drastique. Le fait que la médecine se considère comme une discipline scientifique au même titre que les sciences fondamentales ne facilite guère une réflexion critique. Défendre le retour à une médecine clinique peut

même paraître incongru, dépassé, « comme si on regrettait le temps des diligences, des lettres au cachet de cire, les plumes d'oie... »<sup>31</sup>.

La messe semble dite ! Pour Roland Gori et Marie-José Del Volgo, l'éthique succéderait même à la clinique<sup>32</sup>. Nous pensons qu'il n'en n'est rien. Bien entendu, nous partageons l'idée défendue par ces auteurs, selon laquelle le regain de l'éthique dans la médecine technico-scientifique pourrait en partie provenir « du danger que fait courir à la clinique, le transfert des fondements de la médecine scientifique du site hospitalier vers le laboratoire ». Mais, une telle hypothèse ne peut en aucun cas permettre de cautionner le projet d'une substitution de la clinique agonisante par une réflexion éthique au lit du malade. Les deux démarches doivent au contraire s'allier et se compléter. L'éthique est un questionnement sur le sens et les valeurs de nos actions, en l'occurrence, pour ce qui nous concerne, une réflexion sur le sens, l'orientation, le choix de techniques médicales pour les individus, au regard des valeurs de notre société... De son côté, la clinique est le premier regard médical porté sur la maladie.

Défendre un retour à la clinique, c'est revenir à la singularité du patient, au sens même de l'entreprise médicale dans sa conduite sémiologique, diagnostique et thérapeutique.

« En matière de pathologie », écrit Georges Canguilhem, « le premier mot, historiquement parlant, et le dernier mot logiquement parlant, revient à la clinique ». Soigner un malade à la seule appréciation des constantes normatives de son organisme serait une folie.

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, la renaissance de la médecine clinique exprimait la nécessité de revenir à l'examen direct du patient, tout en refusant une conception mécaniste du corps humain. Nous estimons que les conditions médicales et sociales sont à nouveau réunies pour que ressurgisse, sous la forme d'une nouvelle inquiétude clinique, le refus de réduire l'être humain à sa seule dimension biologique.

Pascal CABORET  
Mars 2016

---

<sup>31</sup> D. SICARD, « La médecine sans le corps... », *Le corps relégué*, Cahiers du Centre Georges Canguilhem, P.U.F., 2007, p. 133-137.

<sup>32</sup> R. GORI, M.-J. DEL VOLGO, « L'éthique : un renouveau de la clinique... », *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël, 2005, p. 113-151.