

fundo do movimento conceitual: trata-se de uma *transferecia das formas de intelligibilidade*. O modelo matematico está sempre explicito e invocado; está presente como principio de coerência de um processo conceitual que se realizou fora dele: trata-se da *contribuição dos temas de formatação*. Mas esta ambigüidade fundamental não é como tal experimentada. E o olhar que se põe sobre este dominio aparentemente liberto pareceu, durante algum tempo, um olhar feliz.

CAPITULO VII

Ver, Saber

«Hippócrates só se ateve à observação, desprezando todos os sistemas. Somente seguindo seus passos a medicina pode ser aperfeiçoada». ¹ Mas os privilégios que a clinica acaba de reconhecer na observação são muito mais numerosos e de natureza inteiramente diversa dos privilégios que lhe concedia a tradição. São ao mesmo tempo os privilégios de um olhar puro, anterior a toda intervenção, fiel ao imediato, que ele retoma sem modificar, e os de um olhar equipado com toda uma armadura lógica que exorciza desde o inicio a ingenuidade de um empirismo não preparado. É necessário descrever agora o exercício concreto de tal percepção.

O olhar que observa se abstém de intervir: é mudo e sem gesto. A observação nada modifica; não existe para ela nada oculto no que se dá. O correlato da observação nunca é o invisível, mas sempre o imediatamente visível, uma vez afastados os obstáculos que as teorias suscitam à razão e a imaginação aos sentidos. Na temática do clinico, a pureza do olhar está ligada a certo silêncio que permite escutar. Os discursos loquazes dos sistemas devem se interromper: «Toda teoria se cala ou se esvanece sempre no leito do doente», ² e devem ser reduzidos igual-

1. Clifton, *Etat de la médecine ancienne et moderne*, prefácio do tradutor, não paginado, Paris, 1742.

2. Corvisart, prefácio à tradução de Avenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine*, Paris, 1808, p. VII.

mente os propósitos da imaginação, que antecipam acerca do que se percebe, descobrem relações ilusórias e fazem falar o que é inacessível para os sentidos. «Como é raro este observador perfeito que sabe esperar no silêncio da imaginação, na calma do espírito e antes de formar seu juízo, o relato de um sentido atualmente em exercício». 3 O olhar se realizará em sua verdade própria e terá acesso à verdade das coisas, se se coloca em silêncio sobre elas, se tudo se cala em torno do que vê. O olhar clínico tem esta paradoxal propriedade de *ouvir uma linguagem no momento em que percebe um espetáculo*. Na clínica, o que se manifesta é originariamente o que fala. A oposição entre *clínica e experimentação* recobre exatamente a diferença entre a linguagem que se ouve e, conseqüentemente, que se reconhece, e a questão que se põe, quer dizer, que se impõe: «o observador lê a natureza, aquele que faz a experiência a interroga». 4 Deste modo, observação e experiência se opõem sem se excluir: é natural que a primeira conduza à segunda, mas com a condição de que está só interrogue no vocabulário e no interior da linguagem que lhe foi proposta pelas coisas observadas; suas questões só podem ser fundadas se são respondidas a uma questão sem pergunta, a uma resposta absoluta que não implica nenhuma linguagem anterior porque é, no sentido estrito, a primeira palavra. Este privilégio de insuperável origem é o que Double traduzia em termos de causalidade: «É necessário não confundir a observação com a experiência; esta é o resultado ou o efeito; aquela, o meio ou a causa; a observação conduz naturalmente à experiência». 5 O olhar que observa só manifesta suas virtudes em um duplo silêncio: o relativo, das teorias, das imaginações e de tudo o que constitui obstáculo ao imediato sensível; e o absoluto, de toda linguagem que seria anterior ao visível. Na densidade deste duplo silêncio, as coisas vistas podem ser finalmente ouvidas, e ouvidas apenas pelo fato de que são vistas.

É então que este olhar que se detém à beira de toda intervenção possível, de toda decisão experimental, este

3. *Ibidem*, p. VIII.
4. Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer*, Paris, 1807, p. 14.
5. Double, *Séméiologie générale*, T. I, p. 80.

olhar que não modifica, mostra que sua reserva está ligada à solidez de sua armadura. Não lhe basta, para ser o que deve ser, exercer sua prudência ou seu ceticismo; o imediato sobre o qual se abre só enuncia a verdade se é ao mesmo tempo a origem, quer dizer, ponto de partida, princípio e lei de composição; e o olhar deve restituir como verdade o que foi produzido segundo uma gênese: em outros termos, deve reproduzir nas operações que lhe são próprias o que foi dado no movimento mesmo da composição. Nisto, justamente, é «analítico». A observação é a lógica ao nível dos conteúdos perceptivos, e a arte de observar «seria uma lógica para os sentidos que ensinaria mais particularmente suas operações e seus usos. Em uma palavra, seria a arte de estar em relação com as circunstâncias que interessam, receber as impressões dos objetos como nos são oferecidas, e delas tirar as indicações que são suas justas conseqüências. A lógica é a base da arte de observar, mas esta arte poderia ser vista como uma das artes da Lógica, cujo objeto seria mais dependente dos sentidos». 6

Pode-se, portanto, em uma primeira aproximação, definir este olhar clínico como um ato perceptivo subentendido por uma lógica das operações; é analítico, porque reconstrui a gênese da composição; mas está isento de toda intervenção, na medida em que esta gênese nada mais é do que a sintaxe da linguagem que falam as próprias coisas em um silêncio originário. O olhar da observação e as coisas que ele percebe se comunicam por um mesmo Logos, que é, em um caso, gênese dos conjuntos e, no outro, lógica das operações.

* * *

A observação clínica supõe a organização de dois domínios conjugados: os domínios hospitalar e pedagógico.

O domínio hospitalar é aquele em que o fato patológico aparece em sua singularidade de acontecimento e na série que o cerca. Ainda há pouco, a família formava o lugar natural, em que a verdade aflorava sem alteração;

6. Senebier, *Essai sur l'art d'observer et de faire des expériences*, 2ª ed., Paris, 1802, T. I, p. 6.

agora, nela se descobriu um duplo poder de ilusão: a doença corre o risco de ai ser mascarada por cuidados, um regime, uma tática que a perturbam; e está tomada na singularidade das condições físicas que a tornam incomparáveis às outras. Desde o momento em que o co-nhecimento médico se define em termos de frequência, não é de um meio natural que se precisa, mas de um domínio neutro, quer dizer, homogêneo em todas as suas partes, para que seja possível uma comparação, e aberto sem principio de seleção ou de exclusão a toda forma de acontecimento patológico. É necessário que nele tudo seja possível e possível do mesmo modo. «Que fonte de instrução, duas enfermarias de 100 a 150 doentes cada uma!... Que espetáculo variado de febre ou de flegmasias malignas ou benignas, ora muito desenvolvidas nas constituições fortes, ora fracamente pronunciadas e como que latentes, e com todas as formas e todas as modificações que podem oferecer a idade, a maneira de viver, as estações e as afecções morais mais ou menos energicas! Quantas à velha objeção que o hospital provoca modificações que são ao mesmo tempo perturbações patológicas e perturbações da ordenação das formas patológicas, esta não é nem retirada nem negligenciada: mas, em todo rigor, anulada, visto que as modificações em questão valem de modo uniforme para todos os acontecimentos; é possível, portanto, isolá-las pela análise e tratá-las separadamente; é colocando à parte as modificações devidas às localidades, às estações, à natureza do tratamento que se pode alcançar, na clinica dos hospitais e no exercício geral da medicina, um grau de previsão e de certeza de que ela é ainda suscetível.»⁸

A clinica não é, portanto, esta paisagem mítica em que as doenças aparecem em si mesmas e absolutamente desveladas; ela permite a integração, na experiência, da modificação hospitalar, sob forma constante. O que a medicina das espécies chamava *natureza* mostra ser apenas a descontinuidade das condições heterogêneas e artificiais; quanto às doenças «artificiais» do hospital, estas autorizam uma redução ao homogêneo do campo dos aconteci-

7. Ph. Pinel, *Médecine clinique*, Introd., p. II, Paris, 1815.
8. *Ibidem*, p. I.

mentos patológicos; sem dúvida, o domínio hospitalar não é pura transparência à verdade; mas a refração que lhe é própria permite, por sua constância, a análise da verdade.

Pelo jogo indefinido das modificações e das repetições, a clinica hospitalar permite, portanto, colocar de lado o extrínseco. Ora, este mesmo jogo torna possível a soma do essencial no conhecimento: as variações efetivamente se anulam, e o efeito de repetição dos fenômenos constantes delinea espontaneamente as conjunções fundamentais. A verdade, indicando-se ela própria sob forma repetitiva, indica o caminho que permite adquiri-la. Ela se dá a conhecer, dando-se a reconhecer. «O aluno... não pode se familiarizar demais com a visão repetida das alterações de todo gênero, de que sua prática particular poderá, em seguida, lhe oferecer o quadro.»⁹ A gênese da manifestação da verdade é também a gênese do conhecimento da verdade. Não existe, portanto, diferença de natureza entre a clinica como ciência e a clinica como pedagogia. Forma-se, assim, um grupo, constituído pelo professor e seus alunos, em que o ato de reconhecer e o esforço de conhecer se realizam em um único movimento. A experiência médica, em sua estrutura e em seus dois aspectos de manifestação e de aquisição, tem agora um sujeito coletivo; não é mais dividida entre o que sabe e o que ignora; é feita solidariamente por aquele que descobre e aqueles diante dos quais se descobre. O enunciado é o mesmo; a doença fala a mesma linguagem a uns e aos outros.

Estrutura *coletiva* do sujeito da experiência médica; caráter de *colegio* do campo hospitalar: a clinica se situa no encontro de dois conjuntos; a experiência que a define percorre a superfície de seu confronto e de seu reciproco limite. Adquire ai sua inescotável riqueza, mas também sua figura suficiente e fechada. É o recorte do domínio infinito dos acontecimentos pelo entrecruzamento do olhar e das questões combinadas. Na clinica de Edimburgo, a observação clinica consistia em quatro séries de questões; a primeira, sobre a idade, o sexo, o tempo de enfermamento e a profissão do doente; a segunda, sobre os

9. Maygrier, *Guide de l'étudiant en médecine*, Paris, 1818, p. 94-95.

sintomas que este sentia; a terceira dizia respeito à origem e ao desenvolvimento da doença; a quarta, por fim, se fixava nas causas longínquas e nos acidentes anteriores.¹⁰

Outro método — e este era utilizado em Montpelier — consistia em um exame geral de todas as modificações visíveis do organismo: «1º, as alterações que apresentam as qualidades do corpo em geral; 2º, as que se observam nas matérias excretadas; 3º, por fim, as que são denotadas pelo exercício das funções». ¹¹ A estas duas formas de investigação, Pinel dirige a mesma crítica: são limitadas. A primeira, objecta: «No meio desta profusão de questões... como apreender os caracteres essenciais e específicos da doença? E, à segunda, de maneira simétrica: «Que enumeração inensa de sintomas!... Não será nos lançar em um rovo caos?» ¹² As questões a colocar são inúmeras; as coisas a ver são infinitas. Se ele está apenas aberto às tarefas da linguagem ou às exigências do olhar, o domínio clínico não tem fim e, consequentemente, organização. Só tem limite, forma e sentido, se a interrogação e o exame se articulam um sobre o outro, definindo, ao rival de um código que lhes é comum, o «lugar de encontro» do médico com doente. Este lugar, a clínica, em sua forma inicial, procura determiná-lo por três meios:

1. *A alternância dos momentos falados e dos momentos percebidos em uma observação* — No esquema do inquérito ideal, delineado por Pinel, o índice geral do primeiro momento é visual: observa-se o estado atual em suas manifestações. Mas, no interior deste exame, o questionário já assegura o lugar da linguagem: anotam-se os sintomas que atingem de imediato os sentidos do observador, mas, depois, logo se interroga o doente sobre as dores que sente, por fim — forma mista do percebido e do falado, da questão e da observação — constata-se o estado das grandes funções fisiológicas conhecidas. O segundo momento está colocado sob o signo da linguagem e também do tempo, da rememoração, dos desenvolvi-

10. Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 4.

11. *Ibidem*, p. 3.

12. *Ibidem*, p. 5 e 3.

mentos e das incidências sucessivas. Trata-se de dizer primeiramente o que foi, em dado momento, perceptível (lembrar as formas da invasão, a sequência dos sintomas, o aparecimento de seus caracteres atuais e as medicações já aplicadas); em seguida, é necessário interrogar o doente ou os que o cercam sobre seus hábitos, sua profissão, sua vida passada. O terceiro momento da observação é de novo um momento percebido; dá-se conta, dia após dia, do progresso da doença, sob quatro rubricas: evolução dos sintomas, aparecimento eventual de novos fenômenos, estado das secreções, efeito dos medicamentos empregados. Por fim, último tempo, reservado à palavra: prescrição do regime para a convalescência. ¹³ Em caso de óbito, a maioria dos clínicos — mas Pinel com menos boa vontade do que os outros, e veremos por que — reservava ao olhar a última e a mais decisiva instância: a anatomia do corpo. Nesta pulsação regular da palavra e do olhar, a doença pouco a pouco pronuncia sua verdade; verdade que ela dá a ver e a ouvir, e cujo texto, que no entanto só tem um *sentido*, não pode ser restituído, em sua totalidade indubitável, a não ser por dois *sentidos*: o que olha e o que escuta. É por isso que o questionário sem o exame, ou o exame sem a interrogação estavam consagrados a uma tarefa infinita: a nenhum deles cabe preencher as lacunas que dependem apenas do outro.

2. *O esforço para definir uma forma estatutária de correlação entre o olhar e a linguagem* — O problema teórico e prático que se colocou aos clínicos foi saber se seria possível fazer entrar em uma representação espacialmente legível e conceitualmente coerente, o que, na doença, depende de uma sintomatologia visível e de uma análise verbal. Este problema se manifestou em uma dificuldade técnica bastante reveladora das exigências do pensamento clínico: o quadro. É possível integrar em um quadro, quer dizer, em uma estrutura ao mesmo tempo legível e visível, espacial e verbal, o que é percebido na superfície do corpo pelo olho clínico, e o que é ouvido, por este mesmo clínico, da linguagem essencial da doença? A tentativa mais ingênua é, sem dúvida, a de Fordy-

13. Ph. Pinel, *ibidem*, p. 57.

1894/1895
MONTPELIER
MUSEU
N.º 1000

ce: em abscissa, assinalava todas as anotações referentes ao clima, às estações, às doenças remanescentes, ao tratamento do doente, à idiossincrasia, a seus hábitos, a sua idade e aos acidentes antecedentes; em ordenada, indicava os sintomas segundo o órgão ou a função que os manifestava (pulso, pele, temperatura, músculos, olhos, língua, boca, respiração, estômago intestino, urina).¹⁴ É claro que esta distinção funcional entre o visível e o enunciável e, em seguida, sua correlação no mito de uma geometria analítica, não podia ter nenhuma eficácia no trabalho do pensamento clínico; semelhante esforço é apenas significativo dos dados do problema e dos termos que se tratava de correlacionar. Os quadros traçados por Pinel são aparentemente mais simples: sua estrutura conceitual é de fato mais sutil. O que está disposto em ordenada são, como em Fordyce, os elementos sintomáticos que a doença oferece à percepção; mas, em abscissa, ele indica a valores significativos que estes sintomas podem tomar: assim, em uma febre aguda, uma sensibilidade dolorosa no epigástrico, uma enxaqueca, uma sede violenta devem ser atribuídas a uma sintomatologia gástrica; em compensação, a prostração, a tensão abdominal têm um sentido adinâmico; por último, a dor nos membros, a língua árida, a respiração freqüente, um paroxismo se produzindo sobretudo à noite são signos ao mesmo tempo de gastricidade e de adinamismo.¹⁵ Cada segmento visível adquire assim um valor significativo e o quadro tem, no conhecimento clínico, uma função de análise. Mas é evidente que a estrutura analítica não é dada nem revelada pelo próprio quadro; era anterior a ele e a correlação entre cada sintoma e seu valor sintomatológico foi fixado, de uma vez por todas, em um *a priori* essencial; sob sua função aparentemente analítica, o quadro só tem como papel reparar o visível no interior de uma configuração conceitual já dada. O trabalho não é, portanto, de correlacionamento, mas de pura e simples redistribuição do que estava dado por uma extensão perceptível em um espaço conceitual previamente definido. Não faz conhecer; permite, quando muito, reconhecer.

14. Fordyce, *Essai d'un nouveau plan d'observations médicales*, trad. fr., Paris, 1811.

15. Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 78.

3. *O ideal de uma descrição exaustiva* — O aspecto arbitrário ou tautológico destes quadros conduz o pensamento clínico a uma outra forma de correlação entre o visível e o enunciável; é a correlação contínua de uma descrição inteiramente, quer dizer, duplamente fiel: com relação a seu objeto, esta não deve, com efeito, ter lacunas; e não deve permitir desvio algum na linguagem em que ela o transcreve. O rigor descritivo será a resultante de uma *precisão* no enunciado e de uma *regularidade* na denominação: o que é, segundo Pinel, «o método seguido atualmente em todas as outras partes da história natural». ¹⁶ Assim, a linguagem se encontra encarregada de dupla função: por seu valor de exatidão, estabelece uma correlação entre cada setor do visível e um elemento enunciável que lhe corresponde o mais possível; mas este elemento enunciável, no interior de seu papel de descrição, põe em ação uma função denominadora que, por sua articulação com um vocabulário constante e fixo, autoriza a comparação, a generalização e a colocação no interior de um conjunto. Graças a esta dupla função, o trabalho de descrição assegura uma «sábia reserva para se elevar a visões gerais, sem dar realidade a termos abstratos», e uma «distribuição simples, regular e fundada invariavelmente sobre relações de estruturas ou de funções orgânicas das partes». ¹⁷

É nesta passagem, exaustiva e sem resíduo, da *totalidade do visível à estrutura de conjunto do enunciável* que se realiza finalmente esta análise significativa do percebido, que a arquitetura ingenuamente geométrica do quadro não chegava a assegurar. É a descrição, ou melhor, o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual. É aí que se estabelece, pelas virtudes espontâneas da descrição, o vínculo entre o campo aleatório dos acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico no qual estes formulam a ordem de sua verdade. Descrever é seguir a ordenação das manifestações, mas é seguir também a sequência inteligível de sua gênese; é ver e saber ao mesmo

16. Ph. Pinel, *Nosographie philosophique*, introdução, p. III.

17. *Ibidem*, p. III-IV.

tempo, porque dizendo o que se vê o integramos espontaneamente ao saber; é também ensinar a ver, na medida em que é dar a chave de uma linguagem que domina o visível. A lingua bem feita, na qual Condillac e seus sucessores viam o ideal do conhecimento científico, não deve portanto ser procurada, como fizeram, com excessiva pressa, certos médicos,¹⁸ do lado de uma lingua dos cálcios; mas, do lado desta *lingua medida*, que é, ao mesmo tempo, a medida das coisas que ela descreve e da linguagem na qual os descreve. É necessário, portanto, substituir o sonho de uma estrutura aritmética da linguagem médica pela pesquisa de determinada medida interna, feita de fidelidade e de firmeza, de abertura primeira e absoluta sobre as coisas e de rigor no uso refletido dos valores semânticos. «A arte de descrever os fatos é a suprema arte em medicina: tudo empalidece diante dela».¹⁹

Acima de todos estes esforços do pensamento clinico para definir seus métodos e suas normas científicas plana o grande mito de um puro Olhar, que seria pura Linguagem: olho que falaria. Abarcaria a totalidade do campo hospitalar, acolhendo e recolhendo cada um dos acontecimentos singulares que nele se produzem; e à medida que visse, que visse mais e melhor, se faria palavra que enuncia e ensina; a verdade que os acontecimentos, por suas repetições e suas convergências, delineariam sob seu olhar, seria, por este olhar e em sua ordem, reservada sob forma de ensino àqueles que não sabem e que ainda não viram. Este olho que fala seria o servidor das coisas e mestre da verdade.

Compreende-se como, em torno destes temas, deteminado esoterismo médico pôde se reconstituir após o sonho revolucionário de uma ciência e uma prática absolutamente abertas: só se vê, de agora em diante, o visível, porque se conhece a Linguagem; as coisas se oferecem a quem penetrou no mundo fechado das palavras; e se estas palavras se comunicam com as coisas, é que elas obedecem a uma regra que é intrínseca à sua gramática.

Este novo esoterismo é diferente em sua estrutura, em seu sentido e em seu uso daquele que fazia os médicos

de Molière falarem latim: tratava-se apenas então de não ser compreendido e de manter, ao nível das receitas da linguagem, os privilégios corporativos de uma profissão; agora se procura adquirir um domínio operatorio sobre as coisas, por um justo uso sintático e uma difícil familiaridade semântica com a linguagem. A descrição, na medicina clínica, não tem o sentido de colocar o oculto, ou o invisível, ao alcance daqueles que a ele não têm acesso: mas de fazer falar o que todo mundo vê sem vê-lo, e de fazer falar apenas aos iniciados na verdadeira palavra. «Sejam quais forem os preceitos dados sobre matéria tão delicada, esta continuará sempre acima do alcance da multidão».²⁰ Reencontramos aí, ao nível das estruturas teóricas, o tema iniciático, cujo esboço já se encontra nas configurações institucionais da mesma época:²¹ estamos no coração da experiência clínica, forma de *manifestação* das coisas em sua verdade, forma de *iniciação* na verdade das coisas; o que Bouillaud enuncia, já, como evidente banalidade, cerca de 40 anos depois: "A clinica médica pode ser considerada tanto como ciência, quanto como modo de ensino da medicina."²²

* * *

Um olhar que escuta e um olhar que fala: a experiência clínica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo. Equilíbrio precário, pois repousa sobre um formidável postulado: que todo o visível é *enunciável* e que é *intencionalmente visível*, porque é integralmente *enunciável*. Mas a reversibilidade sem resíduo do visível no enunciável ficou na clinica mais como exigência e limite do que como um princípio originário. A *describibilidade* total é um horizonte presente e recuado; sonho de um pensamento, muito mais do que estrutura conceitual de base.

Há, para isto, uma razão histórica simples: é que a lógica de Condillac, que servia de modelo epistemológico para a clinica, não permitia uma ciência em que o visível

18. Cf. *supra*, capítulo VI.

19. Amard, *Association intellectuelle*, Paris, 1821, T. I, p. 64.

20. Amard, *Association intellectuelle*, I, p. 65.

21. Cf. *supra*, capítulo V.

22. Bouillaud, *Philosophie médicale*, Paris, 1831, p. 244.

e o dizível fossem tomados em uma adequação total. A filosofia de Condillac foi pouco a pouco deslocada de uma análise da impressão originária para uma lógica operatória dos signos e, em seguida, desta lógica para a constituição de um saber que seria ao mesmo tempo linguística e cálculo: utilizada nestes três níveis e cada vez com sentidos diferentes, a noção de *élément* assegurava, ao longo desta reflexão, uma continuidade ambígua, mas sem estrutura lógica definida e coerente; Condillac nunca formulou uma teoria universal do elemento — quer seja este elemento perceptivo, linguístico ou calculável; ele sempre hesitou entre duas lógicas das operações: a da gênese e a do cálculo. Daí, a dupla definição da análise: reduzir as idéias complexas «às idéias simples de que foram compostas e seguir o progresso de sua geração»;²³ e procurar a verdade, «por uma espécie de cálculo, quer dizer, comparando e decompondo as noções para compará-las da maneira mais favorável às descobertas que se tem em vista».²⁴

Esta ambigüidade pesou sobre o método clínico, mas este se moveu segundo uma inclinação conceitual que é exatamente oposta à evolução de Condillac: inversão termo a termo do ponto de origem e do ponto de conclusão.

Ele desce novamente da exigência do cálculo ao primado da gênese, quer dizer, após ter procurado definir o postulado de adequação do visível ao enunciável por uma calculabilidade *universal* e rigorosa, lhe dá o sentido de uma *describibilidade* total e exaustiva. A operação essencial não é mais da ordem da combinatoria, mas da transcrição sintática. Deste movimento que retoma em sentido inverso toda a *démarche* de Condillac, não há melhor testemunha do que o pensamento de Cabanis, se o compararmos com a análise de Brulley. Este deseja «considerar a certeza como um todo divisível em tantas probabilidades quantas se quiser»: «uma probabilidade é, portanto, um grau, uma parte da certeza de que ela difere como a parte difere do todo»;²⁵ a certeza médica deve, portanto, ser

23. Condillac, *Origine des Connaissances humaines*, p. 162.

24. *Ibidem*, p. 110.

25. C.-A. Brulley, *Essai sur l'art de conjecturer en médecine*, p. 26-27.

obtida por uma combinatoria das probabilidades; após ter dado suas regras, Brulley anuncia que «ele não irá mais adiante, devendo um médico mais célebre trazer sobre este assunto luzes que ele próprio teria dificuldade de fornecer».²⁶ Segundo toda verossimilhança, é de Cabanis que se trata. Ora, nas *Révolutions de la médecine*, a forma certa da ciência não é definida por um tipo de cálculo, mas por uma organização cujos valores são essencialmente expressivos; não se trata mais de estabelecer um cálculo para ir do provável ao certo, mas de fixar uma sintaxe para ir do elemento percebido à coerência do discurso: «A parte teórica de uma ciência deve, portanto, ser o simples enunciado do encadeamento da classificação e das relações de todos os fatos de que esta ciência se compõe, deve ser, por assim dizer, sua expressão sumária».²⁷ E se Cabanis dá lugar ao cálculo das probabilidades na edificação da medicina, é apenas a título de elemento, entre outros, na construção total do discurso científico. Brulley procurava se situar ao nível da *Lamgue des calculs*; mesmo que Cabanis cite este último texto, é com o *Essai sur l'origine des connaissances* que seu pensamento se identifica epistemicamente.

Poder-se-ia pensar — e todos os clínicos desta geração o fizeram — que as coisas ficariam aí e que a este nível era possível um equilíbrio sem problema entre as formas de composição do visível e as *pergas sintáticas* do enunciável. Breve período de euforia, idade de ouro sem amanhã em que ver, dizer e ensinar a ver *dizendo* o que se vê se comunicavam em uma transparência imediata; a experiência era de pleno direito ciência; e o «conhecer» marchava no mesmo ritmo que o «aprender». O olhar lia sobreranamente um texto, cuja clara palavra recolhia sem esforço, para restituí-la em um segundo discurso idêntico: dada pelo visível, esta palavra, sem nada mudar, fazia ver. O olhar retomava em seu exercício soberano as estruturas de visibilidade que ele próprio depositara em seu campo de percepção.

Mas esta forma generalizada da transparência deixa opaco o estatuto da linguagem ou, ao menos, do sistema

26. Brulley, *ibidem*.

27. Cabanis, *Coup d'oeil sur les Révolutions et la réforme de la médecine*, Paris, 1804, p. 271.

ANOTAÇÃO DO PROBLEMA CABANIS

de elementos que deve ser ao mesmo tempo seu fundamento, justificação e instrumento sutil. Tal carência, que é ao mesmo tempo a da Lógica de Condillac, abre caminho para alguns mitos epistemológicos que a mascararam. Mas que encaminham a clínica por novos espaços, em que a visibilidade se torna espessa, se perturba, e em que o olhar se choca com massas obscuras, com volumes impenetráveis, com a pedra negra do corpo.

1. O primeiro desses mitos epistemológicos diz respeito à estrutura alfabética da doença — No final do século XVIII, o alfabeto aparece para os gramáticos como o esquema ideal da análise e a forma última da decomposição de uma língua: constituía por isto mesmo o caminho de aprendizado desta língua. Esta imagem alfabética foi transposta sem modificação essencial na definição do olhar clínico. O menor segmento observável, aquele de que é necessário partir e além do qual não se pode remontar, é a impressão singular que se recebe de um doente, ou, antes, de um sintoma em um doente; nada significa em si mesmo; mas tomará sentido e valor, começará a falar, se entrar em composição com outros elementos: «As observações particulares, isoladas são para a ciência o que as letras e as palavras são para o discurso; este só se funda com o concurso e a reunião das letras e das palavras, cujo mecanismo e valor é necessário ter estudado e meditado antes de fazer dele um bom e útil emprego; o mesmo se dá com as observações». ²⁸ Esta estrutura alfabética da doença não garante apenas que sempre se possa remontar ao elemento insuperável: assegura também que o número destes elementos será finito e mesmo restrito. O que é diverso e aparentemente infinito não são as impressões primeiras, mas sua combinação no interior de uma única doença; da mesma forma que o pequeno número das «modificações designadas pelos gramáticos com o nome de consoantes» basta para dar «à expressão do sentimento a precisão do pensamento», de maneira idêntica, para os fenômenos patológicos, «a cada caso novo, se acreditaria que são fatos novos, mas são apenas outras combinações. No estado patológico, só existe um pequeno

número de fenômenos principais... A ordem na qual aparecem, sua importância, suas diferentes relações são suficientes para dar nascimento a todas as variedades de doença». ²⁹

2. O olhar clínico opera sobre o ser da doença uma redução nominalista — Compostas de letras, as doenças não têm outra realidade além da ordem de sua composição. Suas variedades renetem, em última análise, a estes poucos indivíduos simples, e tudo o que se pode construir com eles e acima deles não é nada mais do que Nome. E nome em um duplo sentido: no sentido em que usam os nominalistas quando criticam a realidade substancial dos seres abstratos e gerais; e, em outro sentido, mais próximo de uma filosofia da linguagem, desde que a forma de composição do ser da doença é de tipo lingüístico. Com relação ao ser individual e concreto, a doença nada mais é do que um nome; em relação aos elementos isolados de que está constituída, tem a arquitetura rigorosa de uma designação verbal. Perguntar o que é a essência de uma doença, «é como se alguém perguntasse qual é a natureza da essência de uma palavra». ³⁰ Um homem tosse; cospe sangue; respira com dificuldade; seu pulso é rápido e forte; sua temperatura se eleva; tantas impressões indiatas, tantas letras, por assim dizer. Todas reunidas, formam uma doença, a pleurisia: «Mas o que é, portanto, uma pleurisia?... É o concurso destes acidentes que a constituem. A palavra pleurisia, nada faz além de retratá-los de maneira mais abreviada». A «pleurisia» não leva consigo mais ser do que a própria palavra: «exprime uma abstração do espírito»; mas, como a palavra, é uma estrutura bem definida, uma figura múltipla «na qual todos ou quase todos os acidentes se encontram combinados. Se falta um, ou vários, não é a pleurisia, pelo menos a verdadeira pleurisia». ³¹ A doença, como o nome, é privada de ser, mas como a palavra, é dotada de uma configuração. A redução nominalista da existência libera uma verdade constante. É por isso que:

28. F.-J. Double, *Séméiologie générale*, Paris, 1811, T. I, p. 79.

29. Cabanis, *Du degré de certitude*, 3ª ed., Paris, 1819, p. 86.
30. *Ibidem*, p. 66.
31. *Ibidem*, p. 66.

3. *O olhar clínico opera sobre os fenômenos patológicos uma redução de tipo químico* — O olhar dos nobelgrafos, até o final do século XVIII, era um olhar de jar-dineiro; tratava-se de reconhecer, na variedade das aparências, a essência específica. No começo do século XIX, outro modelo se impõe: o da operação química, que, isolando os elementos componentes, permite definir a composição, estabelecer pontos comuns, as semelhanças e as diferenças com os outros conjuntos, e fundar assim uma classificação que não se baseia mais em tipos específicos, mas em formas de relações: «Em lugar de seguir o exemplo dos botânicos, os nosologistas não deveriam antes ter tomado como modelo os sistemas dos químico-mineralogistas, isto é, contentar-se em classificar os elementos das doenças e suas combinações mais frequentes?»³² A noção de análise, a que já reconhecemos, aplicada à clínica, um sentido quase linguístico e um sentido quase matemático, ³³ vai agora se aproximar de uma significação química: terá por horizonte o isolamento dos corpos puros, e a tabulação de suas combinações. Passou-se do tema da combinatoria ao da sintaxe e, finalmente, ao da combinação.

É, por reciprocidade, o olhar do clínico se torna o equivalente funcional do fogo das combustões químicas; é por ele que a pureza essencial dos fenômenos pode se desprender: ele é o agente separador das verdades. É da mesma forma que as combustões só dizem seu segredo na vivacidade do fogo, e que seria vão interrogar, uma vez extinta a chama, os restos inertes de pó, o *coput mortuum*, é no ato de ver, e na viva clareza que ele difunde sobre os fenômenos, que a verdade se revela: «Não é o resto da combustão mórbida que interessa ao médico saber: é a espécie de combustão».³⁴ O olhar clínico é um olhar que queima as coisas até sua extrema verdade. A atenção com a qual observa e o movimento pelo qual enuncia são afinal retomados neste ato paradoxal que consome. A realidade, cujo discurso ele lê espontanea-

mente para reconstruí-lo, não é tão adequada a si mesma quanto se poderia supor: sua verdade se dá em uma decomposição que é muito mais do que uma leitura, visto que se trata da libertação de uma estrutura implícita. Vê-se, a partir de então, que a clínica não deve mais simplesmente ler o visível; deve descobrir segredos.

4. *A experiência clínica se identifica com uma bela sensibilidade* — O olhar médico não é o de um olho intelectual capaz de perceber, sob os fenômenos, a pureza não modificável das essências. É um olhar da sensibilidade concreta, um olhar que vai de corpo em corpo, cujo trajecto inteiro se situa no espaço da manifestação sensível. Para a clínica toda verdade é verdade sensível; a «teoria se cala ou desvanece quase sempre no leito dos doentes, para ceder lugar à observação e à experiência; se não é sobre o relato de nossos sentidos, sobre que se fundam a experiência e a observação? E que seriam uma e outra sem estes guias fiéis?»³⁵ E se este conhecimento ao nível do uso imediato dos sentidos não é dado de uma só vez, se ele pode adquirir profundidade e domínio, não é por um desrevel que lhe permitiria aceder a outra coisa que não ele próprio; é graças a uma soberania interior a seu próprio domínio; ele só se aprofunda ao seu nível, que é o da sensorialidade pura; pois o sentido só nasce do sentido. Que é, portanto, «o golpe de vista do médico, que vence muitas vezes a mais vasta erudição e a mais sólida instrução, senão o resultado do freqüente, metódico, e justo exercício dos sentidos, de onde derivam a facilidade na aplicação, a agilidade no relato, a segurança algumas vezes tão rápida no julgamento, que todos os atos parecem simultâneos e cujo conjunto se compreende sob o nome de tato?»³⁶ Assim, esta sensorialidade do saber, que implica no entanto a conjugação de um domínio hospitalar e um domínio pedagógico, a definição de um campo de probabilidade e de uma estrutura linguística do real, se restringe a um elogio da imediata sensibilidade.

32. Demorcy-Deleire, *Essai sur l'analyse appliquée au perfectionnement de la médecine*, p. 135.
 33. Cf. *supra*, capítulo VI.
 34. Amari, *Association intellectuelle*, T. II, p. 389.

35. Corvisart, prefácio à tradução de Auenbrugger, *Nouvel- la méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine*, Paris, 1808, p. VII.
 36. Corvisart, *ibidem*, p. X.

Toda a dimensão da análise se descobre ao nível de uma estética. Mas esta estética não define apenas a forma originária de toda verdade; prescreve, ao mesmo tempo, regras de exercício; e se torna, em um segundo nível, estética no sentido em que ela prescreve as normas de uma arte. *A verdade sensível* está agora aberta, mais do que aos sentidos, a uma *bela sensibilidade*. Toda a estrutura complexa da clínica se resume e se realiza na rapidez prestigiosa de uma arte: «Em medicina tudo ou quase tudo dependendo de um golpe de vista ou de um instinto feliz, as certezas se encontram antes nas próprias sensações do artista do que nos princípios da arte.³⁷ A armadura técnica do olhar médico se metamorfoseia em conselhos de prudência, de gosto, de habilidade: é necessário «grande sagacidade», «grande atenção», «grande exatidão», «grande destreza», «grande paciência».³⁸

Neste nível, todas as regras são suspensas, ou melhor, as que constituam a essência do *olhar* clínico são substituídas, pouco a pouco e em uma desordem aparente, pelas que vão constituir o golpe de vista. Estas são muito diferentes. O olhar, com efeito, implica um campo aberto e sua atividade essencial é da ordem sucessiva da leitura: regista e totaliza; reconstitui, pouco a pouco, as organizações iminentes; estende-se em um mundo que já é o mundo da linguagem, e por isso se apresenta espontaneamente com a audição e a palavra; forma como que a articulação privilegiada dos dois aspectos fundamentais do *Dizer*: o que é dito e o que se diz. O golpe de vista não sobrevoa um campo: atinge um ponto, que tem o privilégio de ser o ponto central ou decisivo; o olhar é indefinidamente modulado, o golpe de vista vai direto: escolhe, e a linha que traça sem interrupção opera, em um instante, a divisão do essencial; vai, portanto, além do que vê; as formas imediatas do sensível não o enganam porque saibe atravessá-las; ele e por essência desmistificador. Se atinge algo, em sua retilidão violenta, é para quebrar, levantar, retirar a aparência. Não se embaraça com todos os abusos da linguagem. O golpe de vista é mudo como um

37. Cabanis, *Du degré de certitude*, 13^e ed., 1819, p. 126.
38. Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer*, Paris, 1807, p. 87-99. . .

dedo apontado, e que denuncia. O golpe de vista é da ordem não verbal do *contato*, contato puramente ideal, sem dúvida, porém mais *fermo*, no fundo, porque atravessa melhor e vai mais longe sob as coisas. O olho clínico descobre um parentesco com um novo sentido que lhe prescreve sua norma e sua estrutura epistemológica; não é mais o ouvido atento para uma linguagem; é o índice que apalpa as profundezas. Daí, a metáfora do *tato*, pela qual continuamente os médicos vão definir o que é seu golpe de vista.³⁹

noção do sistema x notação opaca

39. Corvisart, texto citado acima, p. 137.

CAPITULO VIII

Abram Alguns Cadáveres

Muito cedo, os historiadores vincularam o novo espírito médico à descoberta da anatomia patológica; ela parecia defini-lo no essencial, fundá-lo e recobri-lo, formar tanto sua mais viva expressão, quanto sua mais profunda razão; os métodos da análise, o exame clínico e até a reorganização das escolas e dos hospitais pareciam dela receber sua significação. «Esta começando, na França, uma época inteiramente nova para a medicina;... a análise aplicada ao estudo dos fenômenos fisiológicos, um gosto esclarecido pelos escritos da Antiguidade, a união da medicina com a cirurgia, a organização das escolas clínicas operaram esta espantosa revolução caracterizada pelos progressos da anatomia patológica». ¹ Esta recebia o curioso privilégio de, no último momento do saber, conferir os primeiros princípios de sua positividade.

Por que esta inversão cronológica? Por que o tempo teria depositado no final do percurso o que estava contido no começo, abrindo o caminho e já o justificando? Durante 150 anos se repetiu a mesma explicação: a medicina só pôde ter acesso ao que a fundava cientificamente contornando, com lentidão e prudência, um obstáculo maior, aquele que a religião, a moral e obtusos preconceitos opunham à abertura dos cadáveres. A anatomia patológica

1. P. Rayer, *Sommaire d'une histoire abrégée de l'anatomie pathologique*, Paris, 1818, introdução, p. V.

viveu em penumbra, nos limites do proibido, e graças à coragem dos saberes clandestinos que suportaram a mal-dição; só se dissejava ao amparo de duvidosos crepúsculos, no grande medo dos mortos: «no fim do dia, quando a noite se aproximava», Valsalva «penetrava furtivamente nos cemitérios para estudar, à vontade, os progressos da vida e da destruição»; viu-se, por sua vez, Morgagni «revisitar a tumba dos mortos e introduzir seu escarpelo nos cadáveres roubados do caixão». ² Em seguida veio o Luminismo; a morte teve direito à clareza e tornou-se objeto e fonte de saber para o espírito filosófico: «Quando a filosofia introduziu sua luz entre os povos civilizados, foi, enfim, permitido lançar um olhar escrutador aos restos inanimados do corpo humano, e estes despojos, antes miserável presa dos vermes, tornaram-se a fonte fecunda das mais úteis verdades». ³ Bela transmutação do cadáver: um termo respeito o condenava a apodrecer no negro trabalho da destruição; na audácia do gesto que viola apenas para desvelar, o cadáver se torna o mais claro momento das figuras da verdade. O saber tece onde cresce a larva.

Esta reconstrução é historicamente falsa. Morgagni, em meados do século XVIII, não teve dificuldades em fazer autópsias; tampouco Hunter, alguns anos mais tarde: os conflitos narrados por seu biógrafo são anedóticos e não indicam uma oposição de princípio. ⁴ Desde 1754, a clínica de Viena tinha uma sala de dissecação, como a de Pávia organizada por Tissot; Desault, no Hôtel-Dieu, pode livremente «demonstrar no corpo privado de vida as alterações que torzaram a arte inútil». ⁵ Basta lembrar o art. 25 do decreto de Marly: «Ordenamos aos magistrados e directores dos hospitais que forneçam cadáveres aos professores para as demonstrações de anatomia e o ensino das

operações cirúrgicas». ⁶ Portanto, nenhuma escassez de cadáveres no século XVIII, nem sepulturas violadas ou missas negras anômicas; se está em plano dia da dissecação. Por uma ilusão, freqüente no século XIX, a que Michelet impôs as dimensões do mito, a História prestou ao fim do Antigo Regime as cores da Idade Média em seus últimos anos, confundiu os problemas e debates da *Aufklärung* com os dilaceramentos do Renascimento.

Esta ilusão tem um sentido preciso na história da medicina; funciona como justificação retrospectiva: se as velhas crenças tiveram durante tanto tempo tal poder de proibição, foi porque os médicos deviam sentir, no fundo de seu apetite científico, a necessidade recalcada de abrir cadáveres. Já está o erro e a razão silenciosa que o fez ser cometido tão freqüentemente: a partir do dia em que se admitiu que as lesões explicavam os sintomas e que a anatomia patológica fundava a clínica, foi preciso convocar uma história transfigurada, em que a abertura dos cadáveres, ao menos a título de exigência científica, precedia a observação, finalmente positiva, dos doentes; a necessidade de conhecer o morto já devia existir quando aparecia a preocupação de compreender o vivo. Imaginou-se, portanto, integralmente, uma conjuração negra da dissecação, uma Igreja da anatomia militante e sofredora, cujo espírito oculto teria possibilitado a clínica antes mesmo de seu aparecimento, na prática regular, autorizada e diurna da autópsia.

Mas a cronologia não é flexível. Morgagni publica *De seclibus* em 1760 e, através do *Sepulchretum* de Bonet, situa-se na grande filiação de Valsalva; Lieutaud o resume em 1767. O cadáver faz parte, sem contestação religiosa ou moral, do campo médico. Ora, Bichat e seus contemporâneos, 40 anos depois, têm a sensação de *redécouvrir* a anatomia patológica além de uma zona de sombras. Um tempo de latência separa o texto de Morgagni, como a descoberta de Auenbrugger, de sua utilização por Bichat e Corvisart: 40 anos em que se formou o método clínico. Nesta, e não nas velhas obsessões, faz o recalque: a clínica, olhar neutro sobre as manifestações, freqüências e cronologias, preocupada em estabelecer parentesco

2. Rostan, *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques*, Paris, 1826, T. I, p. 8.

3. J.-L. Alibert, *Nosologie naturelle*, Paris, 1817, Préliminaire, I, p. LVI.

4. Cf. a história da autópsia do gigante, in D. Otteley, *Vie de John Hunter, in Oeuvres complètes* de J. Hunter, trad. Fr., Paris, 1839, T. I, p. 126.

5. M. A. Petit, *Eloge de Desault*, 1795, in *Médecine du coeur*, p. 108.

6. Cf. Gilbert, *loc. cit.*, p. 100.

entre os sintomas e compreender sua linguagem, era, por sua estrutura, estranha a esta investigação dos corpos mudos e atemporais; as causas ou as sedes a deixavam indiferente: história e não geografia. Anatomia e clínica não têm o mesmo espírito: por mais estranho que possa parecer, agora que a coerência anátomo-clínica está estabelecida e enraizada no tempo, foi um pensamento clínico que durante 40 anos impediu a medicina de ouvir a lição de Morgagni. O conflito não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras do saber. Para que, do interior da clínica, se esboce e se imponha o apelo da anatomia patológica, será preciso uma mútua reorganização: nesta, o aparecimento de novas linhas geográficas, naquela, um novo modo de ler o tempo. No final desta litigiosa estruturação, o conhecimento da viva e duvidosa doença poderá se ajustar à branca visibilidade dos mortos.

* * *

Para Bichat, no entanto, retomar Morgagni não significava romper com a experiência clínica que se aca-
hava de adquirir. Ao contrário, a fidelidade ao método dos clínicos continua para ele essencial, como também o cuidado, que partilha com Pinel, de dar fundamento a uma classificação nosológica. O retorno às questões do *De sensibus* se dá, paradoxalmente, a partir de um problema de agrupamento dos sintomas e de ordenação das doenças.

Como o *Sensulibrium* e muitos tratados dos séculos XVII e XVIII, as cartas de Morgagni garantiam a especificação das doenças através de uma repartição local de seus sintomas ou de seu ponto de origem; o princípio diretor da análise nosológica era a dispersão anatómica: o frenesi fazia parte, como a apoplexia, das doenças da cabeça; asma, peripneumonia e hemoptise formavam espécies próximas, por estarem localizadas no peito. O parentesco mórbido se baseava em um princípio de vizinhança orgânica: o espaço que o defina era local. A medicina das classificações e, em seguida, a clínica haviam retirado a análise patológica deste regionalismo e construído para ela um espaço ao mesmo tempo mais complexo e mais abstrato, que dizia respeito a ordem, sucessões, coincidências e isomorfismos.

A descoberta principal do *Traité des membranes*, sistematizada em seguida na *Anatomie générale*, é um princípio de decifração do espaço corporal que é, ao mesmo tempo, intra-orgânico, interorgânico e transorgânico. O elemento anômico deixou de definir a forma fundamental da espacialização e de orientar, por uma relação de vizinhança, os caminhos da comunicação fisiológica ou patológica; torna-se apenas uma forma secundária de um espaço primário que o constitui por enrolamento, superposição e espessamento. Este espaço fundamental é inteiramente definido pela finura do tecido; a *Anatomie générale* enumera 21: celular, nervoso da vida animal, nervoso da vida orgânica, arterial, veñoso, dos vasos exalantes, dos absorventes, ósseo, medular, cartilaginoso, fibroso, fibrocartilaginoso, muscular animal, muscular, mucoso, seroso, sinovial, glanduloso, dermóide, epidermóide e piloso. As membranas são individualidades tissulares que, apesar de sua frequente extrema tenuidade, «só se ligam com as partes vizinhas por relações indiretas de organização»;⁷ um olhar global frequentemente as confunde com o órgão que elas envolvem ou definem; fez-se anatomia do coração sem distinguir o pericárdio, e do pulmão sem isolar a pleura; confundiu-se o peritônio com os órgãos gástricos.⁸ Mas pode-se e deve-se fazer a análise desses volumes orgânicos em superfícies tissulares, para compreender a complexidade do funcionamento e das alterações: os órgãos vazios são guarnecidos de membranas mucosas, cobertas «de um fluido que unedece sua superfície livre, e que fornecem pequenas glândulas inerentes à sua estrutura»; o pericárdio, a pleura, o peritônio, a aracnóide são membranas serosas «caracterizadas pelo fluido linfático que incessantemente as lubrifica e é separado da massa do sangue por exalação»; o peritósteo, a dura-máter, as aponeuroses se formam a partir de membranas «que nenhum fluido unedece» e que «uma fibra branca, análoga aos tendões, compõe».⁹

7. X. Bichat, *Traité des membranes*, ed. de 1827, com notas de Magendie, p. 6.

8. *Ibidem*, p. 1.

9. *Ibidem*, p. 68.

Partindo unicamente dos tecidos, a natureza trabalha com extrema simplicidade de materiais. Eles são os elementos dos órgãos, mas os atravessam, aparentam e, acima deles, constituem vastos «sistemas» em que o corpo humano encontra as formas concretas de sua unidade. Haverá tantos sistemas quanto tecidos: neles, a individualidade complexa, inescotável, dos órgãos se dissolve e, imediatamente, se simplifica. Assim, a natureza se mostra «inteiramente uniforme em seus procedimentos, variável apenas em seus resultados, avarenta nos meios que emprega, pródiga nos efeitos que obtém, modificando de mil maneiras alguns princípios gerais». ¹⁰ Entre os tecidos e os sistemas, os órgãos aparecem como simples dobras funcionais, inteiramente relativos, em seu papel e seus distúrbios, aos elementos de que são constituídos e aos conjuntos a que pertencem. É preciso analisar sua espessura e projetá-la em duas superfícies: a superfície particular de suas membranas, e a geral, dos sistemas. É ao princípio de diversificação segundo os órgãos, que orientava a anatomia de Morgagni e seus predecessores, Bichat substitui um princípio de isomorfismo dos tecidos, fundado na «identidade simultânea da conformação exterior, da estrutura, das propriedades vitais e das funções». ¹¹

Das percepções estruturalmente muito diferentes: Morgagni deseja perceber, sob a superfície corporal, as espessuras dos órgãos cujas figuras variadas especificam a doança; Bichat deseja reduzir os volumes orgânicos a grandes superfícies tissulares homogêneas, a regiões de identidade em que as modificações secundárias encontram seus parentescos fundamentais. Bichat impõe, no *Traité des membranes*, uma leitura diagonal do corpo, que se faz segundo camadas de semelhanças anatómicas que atravessam os órgãos, os envolvem, dividem, compõem e decompõem, analisam e, ao mesmo tempo, *ligam*. Trata-se de um modo de percepção idêntico ao que a clínica foi buscar na filosofia de Condillac: a descoberta de um elemento que é, ao mesmo tempo, um universal, e uma leitura metódica que, percorrendo as formas da decomposição, descreve as leis da composição. Bichat é,

10. *Ibidem*, p. 2.

11. *Ibidem*, p. 5.

estritamente, um analista: a redução do volume orgânico ao espaço tissular é, provavelmente, de todas as aplicações da Análise, a mais próxima de seu modelo matemático. O olho de Bichat é um olho de clínico, porque concede um absoluto privilégio epistemológico ao olhar de superfície.

* * *

O prestígio rapidamente adquirido pelo *Traité des membranes* se deve, paradoxalmente, ao que, no essencial, o separa de Morgagni e o situa diretamente na linha da análise clínica: análise a que confere, no entanto, maior peso de sentido.

O olhar de Bichat é de superfície não exatamente no sentido em que a experiência clínica o era. A região tissular não é mais o quadro taxonômico em que os acontecimentos patológicos oferecidos à percepção vêm se situar: é um segmento de espaço perceptível, a que os fenômenos da doança podem ser relacionados. Graças a Bichat, a superficialidade se incorpora, a partir de então, às superfícies reais das membranas. As camadas tissulares formam o correlato perceptivo deste olhar de superfície que definia a clínica. A superfície, estrutura do observador, tornou-se figura do observado, por um deslocamento realista em que o positivismo médico vai encontrar sua origem.

Dai o aspecto que a anatomia patológica tomou em seu início: o de um fundamento enfim objetivo, real e indubitável de uma descrição das doenças: «uma nosografia fundada na afecção dos órgãos será necessariamente invariável». ¹²

A análise tissular permite com efeito estabelecer, acima das repartições geográficas de Morgagni, formas patológicas gerais; através do espaço orgânico, se delimitam grandes famílias de doenças, tendo os mesmos sintomas principais e o mesmo tipo de evolução. Todas as inflamações das membranas serosas se reconhecem por seu espessamento, pelo desaparecimento de sua transpa-

12. *Anatomie pathologique*, Paris, 1825, p. 3.

rência, por sua cor esbranquiçada, por suas alterações granulosas e pelas aderências que elas formam com os tecidos adjacentes. E, da mesma forma que as nosologias tradicionais começavam por uma definição das classes mais gerais, a anatomia patológica começará por «uma história das alterações comuns a cada sistema» sejam quais forem o órgão ou a região afetados. ¹⁵ Será preciso, em seguida, restituir, no interior de cada sistema, o aspecto que tomam, segundo o tecido, os fenômenos patológicos. A inflamação, que tem a mesma estrutura em todas as membranas serosas, não as ataca com a mesma facilidade, nem nelas se desenvolve com a mesma velocidade: por ordem decrescente de suscetibilidade, têm-se a pleura, o peritônio, o pericárdio, a túnica vaginal e, finalmente, a aracnóide. ¹⁶ A presença de tecidos da mesma textura através do organismo permite ler, de doença em doença, semelhanças, parentescos, todo um sistema de comunicações em suma, que está inscrito na configuração profunda do corpo. Esta configuração não local é resultante de um encaixe de generalidades concretas, de todo um sistema organizado de implicações. Tem, no fundo, a mesma estrutura lógica que o pensamento nosológico. E, além da clínica, de onde parte e que deseja fundar, Bichat reencontra, não a geometria dos órgãos, mas a ordem das classificações. A anatomia patológica foi *ordinal*, antes de ser *localizadora*.

Dava, no entanto, à análise, um valor novo e decisivo, mostrando, ao contrário dos clínicos, que a doença não é o objeto passivo e confuso, a que só é preciso aplicá-la, na medida em que ela já é, por si mesma, o sujeito ativo que a exerce impedidamente sobre o organismo. Se a doença é analisável, é que ela própria é análise; e a decomposição ideológica é apenas a repetição, na consciência do médico, da que castiga o corpo do doente. Embora Van Horne, na segunda metade do século XVIII, as tenha distinguido, muitos autores, como Liehtaud, confundiam ainda a aracnóide e a pia-máter. A alteração as separa claramente; sob o efeito da inflamação, a pia-máter torna-se vermelha, mostrando ser inteiramente composta

de vasos; é, então, mais dura e mais seca: a aracnóide torna-se de um branco mais denso e se cobre de uma exsudação viscosa; só ela pode contrair hidropsias. ¹⁵ Na totalidade orgânica do pulmão, a pleurisia só ataca a pleura; a peripneumonia, o parênquima; as tosses catarrais, as membranas mucosas. ¹⁶ Dupuytren mostrou que o efeito das ligaduras não é homogêneo em toda a espessura do canal arterial: quando se comprimem, as túnicas médias e internas cedem e se dividem; a túnica celulosa é a única que resiste, embora seja a mais exterior, porque sua estrutura é mais compacta. ¹⁷ O princípio da homogeneidade tissular, que assegura os tipos patológicos gerais, tem como correlato um princípio de divisão real dos órgãos, sob o efeito das alterações mórbidas.

A anatomia de Bichat faz muito mais do que dar um campo de aplicação objetivo aos métodos da análise; ele a transforma em um momento essencial do processo patológico; realiza-a no interior da doença, na trama de sua história. Em certo sentido, nada está mais longe do nominalismo implícito do método clínico, em que a análise se apoiava, senão em palavras, ao menos em seguimentos de percepção sempre suscetíveis de serem transcritos em uma linguagem; trata-se agora de uma análise que diz respeito a uma série de fenômenos reais, atuando de maneira a dissociar a complexidade funcional em simplicidades anatómicas; ela libera elementos que não são menos reais e concretos por terem sido isolados por *abstração*; descobre o pericárdio no coração, a aracnóide no cérebro e as mucosas no aparelho intestinal. A anatomia só pôde tornar-se patológica na medida em que o patológico anatomiza espontaneamente. A doença, autópsia na noite do corpo, dissecação no vivo.

O entusiasmo que Bichat e seus discípulos logo sentiram com a descoberta da anatomia patológica adquire, deste modo, sentido: eles não reencontravam Morgagni além de Pinel ou Cabanis; reencontravam a análise no próprio corpo; desvelavam na profundidade das coisas a

13. *Anatomie générale*, Paris, 1801, T. I. Prólogo, p. XCVII.
 14. *Anatomie pathologique*, p. 39.

15. *Traité des membranes*, p. 213-264.
 16. *Anatomie pathologique*, p. 12.
 17. Citado in Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, T. I, Paris, p. 88, 1820.

ordem das superfícies; definiam para as doenças um sistema de *classes analíticas* em que o elemento da decomposição patológica era o princípio de generalização das espécies mórbidas. Passava-se de uma percepção analítica a uma percepção das análises reais. E, muito naturalmente, Bichat viu em sua descoberta um acontecimento simétrico à descoberta de Lavoisier: «A química possui corpos simples que formam corpos compostos pelas diversas combinações de que são suscetíveis... Da mesma forma, a anatomia tem tecidos que... por combinações, formam os órgãos». ¹⁸ O método da nova anatomia é, como o da clínica, a análise: mas uma análise separada de seu suporte lingüístico, definindo mais a divisibilidade espacial das coisas do que a sintaxe verbal dos acontecimentos e dos fenômenos.

Daí a paradoxal reativação do pensamento classificatório, no início do século XIX. Em vez de dissipar o velho projeto nosológico, a anatomia patológica, que o superaria alguns anos depois, lhe dá novo vigor, na medida em que parece trazer-lhe sólido fundamento: a análise real por superfícies perceptíveis.

As pessoas espantam-se frequentemente com o fato de Bichat ter citado um texto de Pinel, no princípio de sua descoberta — Pinel que, até o fim da vida, permaneceria surdo às lições essenciais da anatomia patológica. Na primeira edição da *Nosographie*, Bichat tinha podido ler esta frase que foi para ele como que uma revelação: «Que importa que a aracnóide, a pleura e o peritônio se situem em diferentes regiões do corpo, se suas membranas têm uma conformidade geral de estrutura? Não sofrem lesões análogas no estado de flegmasia?» ¹⁹ Esta era, com efeito, uma das primeiras definições do princípio de analogia aplicado à patologia tissular; mas a dúvida de Bichat para com Pinel é ainda maior, pois ele encontrava formulados, embora não preenchidos, os requisitos a que este princípio de isomorfismo devia responder: uma análise, de valor classificatório, que permitisse uma ordenação geral do quadro nosológico. Na ordenação das doenças, Bichat situa, primeiramente, as «alterações comuns a cada siste-

18. *Anatomie générale*, T. I, p. LXXIX.
19. *Nosographie philosophique*, I, p. XXVIII.

ma», quaisquer que sejam o órgão ou a região afetados; mas ele só concede esta forma geral às inflamações e aos cirros; as outras alterações são regionais e devem ser estudadas órgão por órgão. ²⁰ A localização orgânica só intervem, como método residual, onde a regra do isomorfismo tissular não pode atuar; Morgagni só é reutilizado por falta de uma leitura mais adequada dos fenômenos patológicos. Laënnec pensa que, com o tempo, esta melhor leitura se tornará possível: «Poder-se-á um dia provar que quase todas as formas de lesão podem existir em todas as partes do corpo humano e que só apresentam ligeiras modificações em cada uma delas.» ²¹ O próprio Bichat não teve, talvez, bastante confiança em sua descoberta, destinada, entretanto, a «mudar a face da anatomia patológica»; concedeu, pensa Laënnec, um lugar bastante importante à geografia dos órgãos, a que é suficiente recorrer para analisar as perturbações de forma e posição (luxações, hérnias) e as perturbações da nutrição, as atrofias e hipertrofias; talvez um dia, as hipertrofias do coração e do encéfalo poderão ser consideradas da mesma família; em compensação, Laënnec analisa, sem limites regionais, os corpos estranhos e, sobretudo, as alterações de textura que têm a mesma tipologia em todos os conjuntos tissulares: são sempre soluções de continuidade (chaga, fratura), acúmulo ou extravasamento de líquidos naturais (tumores gordurosos ou apoplexia), inflamações como a pneumonia ou a gastrite, ou, finalmente, desenvolvimentos accidentais de tecidos que não existiam antes da doença. É o caso dos cirros e dos tubérculos. ²² Na época de Laënnec, Albert procura estabelecer uma nomenclatura médica, tendo por base o modelo dos quimicos: as terminações em *ose* designam formas gerais de alteração (gastroses, leucoses, enteroses) as em *ite* designam irritações dos tecidos, as em *ret*, os derrames, etc. E, neste projeto de fixar um vocabulário metódico e analítico, ele confunde, sem escândalo (porque ainda era conceitualmente possível) os temas de uma nosologia de

20. *Anatomie générale*, T. I, p. XCVII-XCVIII.
21. R. Laënnec, *Dictionnaire des Sciences médicales*, artigo «Anatomie pathologique», II, p. 49.
22. *Ibidem*, p. 450-452.

tipo botânico, os da localização à maneira de Morgagni, os da descrição clínica e os da anatomia patológica: «Sirvo-me do método dos botânicos já proposto por Sauvages... que consiste em aproximar objetos que têm afinidade e separar os que não têm analogia alguma. Para conseguir essa classificação filosófica, para lhe dar bases fixas e invariáveis, agrupei as doenças segundo os órgãos que são sua sede especial. Ver-se-á que era o único meio de encontrar as características que têm mais valor para o médico clínico.»²³

* * *

Mas, como é possível ajustar a percepção anatômica à leitura dos sintomas? Como poderia um conjunto simultâneo de fenômenos espaciais fundar a coerência de uma série temporal que lhe é, por definição, inteiramente anterior? De Sauvages até Double, a própria ideia de um fundamento anatômico da patologia teve adversários, estando todos convencidos de que as lesões visíveis do cadáver não podiam designar a essência da doença, que era invisível. Como distinguir, em um conjunto complexo de lesões, a *ordem essencial*, da *série dos efeitos*? As aderências do pulmão, no corpo de um pleurético, constituem um dos fenômenos da própria doença ou uma consequência mecânica da irritação?²⁴ Mesma dificuldade em situar o *primitivo e o derivado*; em um caso do píloto, encontram-se os elementos eritrosos no epíplao e no mesentério; onde situar o fato patológico principal? Finalmente, os signos anatômicos indicam mal a intensidade do processo mórbido: existem alterações orgânicas muito fortes que só acarretam ligeiros desarranjos na economia; mas, não se poderia supor que um minúsculo tumor do cérebro pudesse acarretar a morte.²⁵ Relatando apenas o visível, e na forma simples, final e abstrata de sua coexistência espacial, a anatomia não pode dizer o que é encadeamento,

processo e texto legível na ordem do tempo. Uma clínica dos sintomas procura o corpo vivo da doença; a anatomia só lhe oferece o cadáver.

Cadáver duplamente enganador, pois aos fenômenos que a morte interrompe acrescentam-se os que ela provoca e deposita nos órgãos em um tempo que lhe é próprio. Existem, bem entendido, os fenômenos de decomposição, difíceis de dissociar dos que pertencem ao quadro clínico da gangrena ou da febre pútrida; existem, em compensação, fenômenos de recesso ou de desaparecimento: o rubor das irritações desaparece rapidamente depois da parada da circulação; esta interrupção dos movimentos naturais (pulsação do coração, derrame da linfa, respiração) determina efeitos que não são fáceis de separar dos elementos mórbidos: o ingurgitamento do cérebro e o rápido amolecimento que se segue são o efeito de uma congestão patológica ou de uma circulação interrompida pela morte? Enfim, é talvez preciso levar em consideração o que Hunter chamou «estímulo da morte», que, sem pertencer à doença, de que entretanto depende, precipita o término da vida.²⁶ Em todo caso, os fenômenos de esgotamento que se produzem ao término de uma doença crônica (flacidez muscular, diminuição da sensibilidade e da condutibilidade) dizem mais respeito a uma certa relação da vida com a morte, do que a uma estrutura patológica definida.

Duas séries de questões se colocam a uma anatomia patológica que quer fundar uma nosologia: uma, concernindo à articulação de um conjunto temporal de sintomas com uma coexistência espacial de tecidos; a outra, concernindo à morte e à definição rigorosa de sua relação com a vida e a doença. Em seu esforço para resolver estes problemas, a anatomia de Bichat faz todas suas significações primitivas oscilarem.

* * *
1) ANATOMIA & PATOLOGIA
2) VIDA & MORTE

Para contornar a primeira série de objeções, pareceu não ser preciso modificar a estrutura do olhar clínico: não basta olhar os mortos como se olham os vivos? E apli-

23. J. L. Albert, *Nosologie naturelle*, Paris, 1817, advertência, p. II. Cf. outras classificações fundadas na anatomia patológica em Marandel, *Essai sur les irritations*, Paris, 1807, ou em Andral.

24. F. J. Double, *Sémiologie générale*, T. I, p. 56-57.
25. *Ibidem*, p. 64-67.

26. J. Hunter, *Oeuvres complètes*, Paris, 1839, T. I, p. 262.

car aos cadáveres o principio diacritico da observação medica: só existe fato patológico comparado.

Aplicando este principio, Bichat e seus successores reencontraram não somente Cabanis e Pinel, como também Morgagni, Bonet e Valsalva. Os primeiros anatomistas sabiam que era preciso estar «habituação à dissecação dos corpos sadios», para decifrar uma doença em um cadáver: de que modo então distinguir uma doença intestinal das «concreções poliposas» que a morte produz ou sadios? ²⁷ É preciso, também, comparar os indivíduos que morrem da mesma doença, admitindo o velho principio que o *Sepulchretum* já formulava; as alterações encontradas em todos os corpos definem, senão a causa, ao menos a sede da doença e, talvez, sua natureza; as que diferem de uma autópsia a outra são da ordem do efeito, da simpatia ou da complicação. ²⁸ Confrontação, enfim, entre o que se vê de um órgão alterado e o que se sabe de seu funcionamento normal: é preciso «constantemente comparar estes fenômenos sensíveis e próprios à vida sadia de cada órgão com os desregramentos que cada um deles apresenta em sua lesão.» ²⁹

Mas, o específico da experiência anátomo-clínica é ter aplicado o principio diacritico a uma dimensão muito mais complexa e problemática: aquella em que se articulam as formas reconhecíveis da história patológica e os elementos visíveis que aparecem quando ela acaba. Corvisart sonha substituir o velho tratado de 1760 por um texto, livro primeiro e absoluto da anatomia patológica, que teria como título: *De sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigatis et per anatomem confirmatis.* ³⁰ E esta coerência anátomo-clínica, que Corvisart percebe como uma confirmação da nosologia pela autópsia, Laënnec a define em direcção inversa: uma volta da lesão

27. Morgagni, Recherches anatomiques, ed. da Encyclopédie des Sciences médicales, 7ª seção, T. VII, p. 17.
28. Th. Bonet, *Sepulchretum*, prefácio; este principio é lembrado por Morgagni, *ibidem*, p. 18.
29. Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques, du coeur et des gros vaisseaux*, 3ª ed., Paris, 1818, discurso preliminar, p. XII.
30. Corvisart, *loc. cit.*, p. V.

A MINHA AD OLMAL

aos sintomas que ela provocou; «A anatomia patológica é uma ciência que tem por objetivo o conhecimento das alterações visíveis que o estado de doença produz nos órgãos do corpo humano. A abertura dos cadáveres é o meio de adquirir este conhecimento; mas para que ela adquira uma utilidade directa... é preciso acrescentar-lhe a observação dos sintomas ou das alterações de funções, que coincidem com cada espécie de alterações de órgãos». ³¹ É preciso, portanto, que o olhar médico percorra um caminho que até então não lhe tinha sido aberto: via vertical, que vai da superficie sintomática à superficie tissular, via em profundidade que, do manifesto, penetra em direcção do occulto, via que é preciso percorrer em ambos os sentidos e continuamente, para definir a rede das necessidades essenciais entre os dois termos. O olhar médico que, como vinhos, attingia regiões de duas dimensões dos tecidos e dos sintomas, deverá, para ajustá-los, se deslocar ao longo de uma terceira dimensão. Assim será definido o volume anátomo-clínico.

O olhar penetra no espaço que ele estabeleceu como objetivo percorrer. A leitura clínica, em sua primeira forma, implicava um sujeito exterior e decifrador que, a partir e além do que soletrava, ordenava e definia parentescos. Na experiência anátomo-clínica, o olho médico deve ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, torna ou levanta as massas e desce em sua profundidade. A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superficie do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e successões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente.

Em uma primeira aproximação, poder-se-ia acreditar que só se trata de uma redução da distância entre o sujeito cognoscente e o objeto de conhecimento. O mé-

31. Laënnec, artigo «Anatomie pathologique», *Dictionnaire des Sciences médicales*, T. II, p. 47.

dico dos séculos XVII e XVIII não permanecia «à distância» do doente? Não o olhava de longe, observando apenas as marcas superficiais e imediatamente visíveis, espereitando os fenômenos, sem contato, apalpamento ou auscultação, adivinhando o interior unicamente pelas noções externas? A mudança no saber médico, no final do século XVIII, não provém, essencialmente, do fato de que o médico se aproximou do doente, estendeu os dedos e aplicou o ouvido; que, mudando de escala, ele percebeu o que havia logo atrás da superfície visível, sendo assim, pouco a pouco, levado a «passar para o outro lado» e a descobrir a doença na profundidade secreta do corpo?

Esta é uma interpretação mínima da mudança. Mas sua descrição teórica não deve enganar. Ela traz consigo vários requisitos ou referências que permanecem muito pouco elaboradas: progresso da observação, cuidado em desenvolver e ampliar a experiência, fidelidade cada vez maior ao que os dados sensíveis podem revelar, abandono dos sistemas e teorias em proveito de um empirismo mais científico. E, por trás de tudo isso, supõe-se que o sujeito e o objeto de conhecimento permanecem o que são: sua maior proximidade e seu melhor ajustamento permitem unicamente que o objeto revelasse com maior clareza ou detalhe seus segredos, e que o sujeito se desfizesse das ilusões que são obstáculos à verdade. Constituídos de uma vez por todas e definitivamente colocados frente à frente, eles só podem, durante alguma transformação histórica, se aproximar, reduzir a distância, abolir os obstáculos que os separaram e encontrar a forma de um ajustamento recíproco.

Mas isto é, sem dúvida, projetar na história uma velha teoria do conhecimento de que se conhecem, há muito tempo, os efeitos e os malefícios. Uma análise histórica um pouco precisa revela, além desses julgamentos, um princípio de transformação inteiramente diferente: ele diz, solidariamente, respeito ao tipo de objetos a conhecer, ao esquadramento que o faz aparecer, o isola e recorta os elementos pertinentes para um saber possível, à posição que o sujeito deve ocupar para demarçá-lo, às modalidades instrumentais que lhe permitem dele se apoderar, às modalidades de registro e memória que deve por em ação e às formas de conceituação que deve praticar e que o qualificam como sujeito de um conhecimento legítimo. O que

se modifica, fazendo surgir a medicina anátomo-clínica, não é, portanto, a simples superfície de contato entre o sujeito cognoscente e o objeto conhecido; é a disposição mais geral do saber, que determina as posições recíprocas e o jogo mútuo daquele que deve conhecer e daquilo que é cognoscível. O acesso do olhar médico ao interior do corpo doente não é a continuação de um movimento de aproximação que teria se desenvolvido, mais ou menos regularmente, a partir do dia em que o olhar, que começava a ser científico, do primeiro médico se dirigiu, de longe, ao corpo do primeiro paciente; é o resultado de uma reformulação-ao-nível do próprio saber e não ao nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados.

A prova de que se trata de um acontecimento que atinge a disposição do saber é que os conhecimentos na medicina anátomo-clínica não se formam do mesmo modo e segundo as mesmas regras que na pura e simples clínica. Não se trata de um mesmo jogo, um pouco mais apertado, mas de outro. Eis algumas destas novas regras.

A anátomo-clínica substitui o método das identidades sintomáticas por uma análise, que se poderia denominar, em *tabuleiro* ou em *extratos*. As repetições manufestas deixam, frequentemente, misturadas formas móbidas, de que só a anatomia pode mostrar a diversidade. A sensação de asfixia, as palpitações súbitas, sobretudo depois de um esforço, a respiração curta e incômoda, o súbito despertar, uma palidez caquética, um sentimento de pressão ou de constrição na região precordial, de peso e torpor no braço esquerdo significam, globalmente, doenças do coração, em que só a anatomia pode distinguir a pericardite (que atinge os envólucros membranosos), o aneurisma (afetando a substância muscular), as contrações e os endurecimentos (em que o coração é afetado em suas partes tendinosas ou fibrosas).³² A coincidência ou, ao menos, a sucessão regular do catarro e da tísica não prova a sua identidade, apesar dos nosógrafos, pois a autópsia mostra, em um caso, que a membrana mucosa foi atingida e, no outro, uma alteração do parênquima,

32. Corvisart, *loc. cit.*

que pode chegar até à ulceração.³³ Mas, inversamente, é preciso reunir como pertencendo à mesma célula local a tuberculose e a hemoptise, entre as quais uma sintomatologia como a de Sauvages não encontrava um liame de frequência suficiente para reuni-las. A coincidência, que define a identidade patológica, só terá valor para uma percepção separada localmente.

Isto quer dizer que a experiência médica vai substituir o *registro das frequências pela demarcação do ponto fixo*. O curso sintomático da tísica pulmonar apresenta: tosse, dificuldade de respirar, marasmo, febre hética e, às vezes, expectorações purulentas; mas nenhuma dessas modificações visíveis é absolutamente indispensável (existem tuberculosos que não tosse); e a ordem de entrada em cena não é rigorosa (a febre pode aparecer logo ou só se desencadear no término da evolução). Um único fenómeno é constante, condição necessária e suficiente para que haja tísica: a lesão do parênquima pulmonar que, na autópsia, «se revela mais ou menos coberto de focos purulentos. Em certos casos, eles são tão numerosos que o pulmão não parece ser nada mais do que um tecido alveolar que os contém. Esses focos são atravessados por grande número de bridas; nas partes vizinhas se encontra um endurecimento mais ou menos grande».³⁴ Acima desse ponto fixo, os sintomas se deslocam e desaparecem; o índice de probabilidade de que a clinica os afetava se apaga em proveito de uma única implicação necessária que é de ordem, não da frequência temporal, mas da constância local: «é preciso olhar como tísicos os indivíduos que não têm febre, magreza, ou expectoração purulenta; basta que os pulmões sejam afetados por uma lesão que tende a desorganizá-los e a ulcerá-los; a tísica é a própria lesão».³⁵

Ligada a esse ponto fixo, a *série cronológica* dos sintomas se regula, sob forma de fenómenos secundários, pela *nominação do espaço lesional* e pela necessidade que lhe é própria. Estudando o desenrolar «bizarro e

33. G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, Paris, 1810.

34. X. Bichat, *Anatomie pathologique*, p. 174.

35. G.-L. Bayle, *loc. cit.*, p. 89.

inexplicável» de certas febres, Petit confronta sistematicamente os quadros de observação obtidos no curso da doença e o resultado das autópsias: a sucessão de signos intestinais, gástricos, febris, glandulares e até encefálicos deve ser primitivamente vinculada, em sua totalidade, a «alterações perfeitamente semelhantes do tubo intestinal». Trata-se sempre da região da válvula ileocecal; esta é coberta de manchas vinosas, encalombadas do lado interno; e as glândulas do segmento mesentérico que lhe correspondem são inchadas, de um vermelho escuro e azulado, profundamente injetadas e ingurgitadas. Se a doença durou muito tempo, há ulceração e destruição do tecido intestinal. Pode-se, portanto, admitir que se está diante de uma ação deletéria sobre o tubo digestivo, cujas funções são as primeiras que se alteram; este agente é «transmitido por absorção às glândulas do mesentério, ao sistema linfático» (de onde o distúrbio vegetativo), em seguida «à universalidade do sistema» e particularmente a seus elementos encefálicos e nervosos, o que explica a sonolência, o torpor das funções sensoriais, o delírio e as fases de estado comatoso.³⁶ A sucessão das formas e dos sintomas aparece, então, como a simples imagem cronológica de uma rede mais complexa: uma ramificação espaço-temporal a partir de um ataque primitivo através de toda a vida orgânica.

A análise da percepção anátomo-clínica desvela três referências — localização, foco e primitividade — que modificam a leitura essencialmente temporal da clinica. O esquadriñamento orgânico que permite determinar pontos fixos mas arborescentes não abole a densidade da história patológica em proveito da pura superfície anatômica; ele a introduz no volume especificado do corpo, fazendo coincidir, pela primeira vez no pensamento médico, o tempo mórbido e o percurso demarcável das massas orgânicas. Neste ponto, mas apenas neste, a anatomia patológica reencontra os temas de Morgagni, e, além dele, de Bonet: um espaço orgânico autônomo com dimensões, caminhos e articulações próprias vem duplicar o espaço

36. M.-A. Petit, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, Paris, 1813, sobretudo p. XIX, XXX e p. 132-141.

natural ou significativo da nosologia, exigindo que este lhe seja, no essencial, relacionado. Nascida da preocupação clínica de definir as *estruturas do parentesco patológico* (cf. o *Traité des membranes*) a nova percepção médica tem, finalmente, como objetivo, demarcar as *figuras da localização* (cf. as pesquisas de Corvisart ou de G.-L. Bayle). A noção de *sedes* substitui, definitivamente, a de *classe*: «Que é a observação?», perguntava Bichat, «se a sede do mal é ignorada?»³⁷ E Bouillaud, devia responder: «Se existe um axioma em medicina, é a proposição que não há doença sem sede. Caso se admita a opinião contrária, seria preciso admitir, também, que existem funções sem órgãos, o que é um evidente absurdo. A determinação da sede das doenças, ou sua localização, é uma das mais belas conquistas da medicina moderna».³⁸ A análise tissular, que era originariamente genérica, tomou rapidamente o valor de uma regra de localização.

Morgagni, entretanto, não foi reconstruído sem uma modificação importante. Ele tinha associado a noção de sede patológica à de causa: *De sedibus et causis*...; na nova anatomia patológica, a determinação da sede não significa um assinalamento de causalidade: encontrar lesões leio-ecais nas febres adinâmicas não é anunciar a causa determinante; Petit pensará em um «agente deletério», Broussais em uma irritação. Pouco importa: localizar é somente fixar um ponto de partida espacial e temporal. Para Morgagni, a sede era o ponto de inserção, no organismo, da cadeia das causalidades, identificando-se com o último elo. Com Bichat e seus sucessores, a noção de sede se libertou da problemática causal (nisto eles são herdeiros dos clínicos) e se voltou mais para o futuro da doença do que para seu passado; a sede é o ponto a partir de que a organização patológica se irradia. Não *causa última*, mas *foco primitivo*. E neste sentido que a fixação em um cadáver de um segmento de espaço imóvel pode resolver os problemas colocados pelos desenvolvimentos temporais de uma doença.

* * *

37. X. Bichat, *Anatomie générale*, T. I, p. XCIX.

38. Bouillaud, *Philosophie médicale*, p. 259.

Para o pensamento médico do século XVIII, a morte era ao mesmo tempo fato absoluto e o mais relativo dos fenômenos. Era o término da vida como também o da doença, se fosse de sua natureza ser fatal; a partir dela, o limite era atingido, a verdade realizada e, por isso mesmo, superada: na morte, a doença, tendo atingido o final do percurso, calava-se e tornava-se objeto da memória. Mas se os traços da doença atingiam o cadáver, nenhuma evidência podia, então, distinguir absolutamente o que era dela e o que pertencia à morte; seus signos se intercruzavam em indecifrável desordem. De tal modo que a morte era aquilo a partir de que não mais existe nem vida nem doença, mas suas desorganizações eram da mesma natureza que todos os fenômenos mórbidos. A experiência clínica, em sua primeira forma, não colocava em questão este conceito ambíguo de morte.

Técnica do cadáver, a anatomia patológica deve dar a esta noção um estatuto mais rigoroso, isto é, mais instrumental. Este domínio conceitual da morte, pôde, a princípio, ser realizado, a um nível muito elementar, pela organização das clínicas. A possibilidade de abrir imediatamente os corpos, diminuindo o mais possível o tempo de latência entre o falecimento e a autópsia, permitiu fazer coincidir, ou quase, o último momento do tempo patológico e o primeiro do tempo cadavérico. Os efeitos da decomposição orgânica são, pouco a pouco, suprimidos; ao menos em sua forma mais manifesta e perturbadora; de tal modo que o instante do falecimento pode desempenhar o papel de um sinal sem espessura, que reencontra o tempo nosográfico, como o escalpele, o espaço orgânico. A morte é apenas a linha vertical e absolutamente fina que separa, mas permite aproximar, a série dos sintomas e a das lesões.

Por outro lado, Bichat, retomando diversas indicações de Hunter, procura distinguir dois tipos de fenômenos que a anatomia de Morgagni confundira: as manifestações contemporâneas da doença e as que antecedem a morte. Com efeito, não é necessário que uma alteração remeta à doença e à estrutura patológica; pode remeter a um processo diferente, em parte autônomo e em parte dependente, que anuncia a progressão da morte. A flacidez muscular faz parte, assim, da semiologia de algumas

paralisias de origem encefálica, ou de uma afecção vital, como a febre astênica; mas pode-se encontrá-la também em qualquer doença crônica ou mesmo em um episódio agudo, contanto que tenham uma duração bastante longa; há exemplo nas inflamações da aracnóide ou nas últimas fases da tísica. O ferômeno, que não existiria sem a doença, não é entretanto a própria doença: esta aumenta sua duração com uma evolução que não indica uma figura do patológico, mas a proximidade da morte; ela designa, sob o processo mórbido, o da «mortificação», que lhe é associado mas diferente.

Não faltam, sem dúvida, analogias de conteúdo entre esses fenômenos e os «signos» fatais ou favoráveis, tão freqüentemente analisados desde Hipócrates. Em sua função e seu valor semântico, entretanto, são muito diferentes: o signo remetia a um término, antecipando-se ao tempo; e, ou indicava a gravidade essencial da doença, ou sua gravidade acidental (devida a uma complicação ou a um erro terapêutico). Os fenômenos de morte parcial ou progressiva não antecipam futuro algum: mostram um processo em realização; após uma apoplexia, a maior partes das funções animais são naturalmente suspensas e, por conseguinte, a morte já começou para elas, enquanto que as funções orgânicas prosseguem em vida.³⁹ Além disso, os graus desta morte insólita não seguem apenas nem mesmo muito as formas nosológicas mas, antes, as linhas de facilitação próprias ao organismo; estes processos indicam apenas de modo acessório a fatalidade mortal da doença; falam da permeabilidade da vida à morte: quando um estado patológico se prolonga, os primeiros tecidos atingidos pela mortificação são sempre aqueles em que a nutrição é a mais ativa (as mucosas); em seguida, vem o parênquima dos órgãos e, na última fase, os tendões e as aponeuroses.⁴⁰

A morte é, portanto, múltipla e dispersa no tempo: não é o ponto absoluto e privilegiado a partir de que os tempos se detêm para se invertem; tem, como a própria doença, uma presença pulante que a análise pode repar-

tir no tempo e no espaço; pouco a pouco, cada um dos nós se rompe em vários lugares até que a vida orgânica cesse, ao menos em suas formas principais; pois muito tempo depois da morte do indivíduo, mortes minúsculas e parciais virão ainda por sua vez dissociar as ilhotas de vida que se obstinam.⁴¹ Na morte natural é a vida animal que se apaga primeiramente: extinção sensorial, em primeiro lugar, entorpecimento do cérebro, enfraquecimento da locomoção, rigidez dos músculos, diminuição de sua contratibilidade, quase-paralisia dos intestinos e, finalmente, imobilização do coração.⁴² A este quadro cronológico das mortes sucessivas, é preciso acrescentar o espacial das interações que desencadeiam mortes, de um ponto a outro do organismo; elas têm três centros de transmissão essenciais: coração, pulmões e cérebro. Pode-se estabelecer que a morte do coração não acarreta a do cérebro por via nervosa, mas pela rede arterial (parada do movimento que mantém a vida cerebral) ou pela rede vascular (parada do movimento ou, ao contrário, refluxo do sangue negro que obstrui o cérebro, o comprime e o impede de agir). Pode-se também mostrar como a morte do pulmão acarreta a do coração: ou porque o sangue encontrou, no pulmão, um obstáculo mecânico à circulação, ou porque o pulmão deixando de agir, as reações químicas não têm mais alimento e a contração do coração se interrompe.⁴³

Os processos da morte, que não se identificam nem com os da vida nem com os da doença, servem, no entanto, para esclarecer os fenômenos orgânicos e seus distúrbios. A morte lenta e natural do velho retoma, em sentido inverso, o desenvolvimento da vida na criança, no embrião e talvez mesmo na planta: o estado do animal que a morte natural vai destruir se aproxima daquele em que ele se encontrava no seio de sua mãe, como também do estado do vegetal que só vive em seu interior, e para quem toda a natureza está em silêncio.⁴⁴ Os invólucros sucessivos da vida se desprendem naturalmente, enunciando sua autonomia e sua verdade naquilo mesmo que

39. X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, ed. Magendie, p. 251.

40. X. Bichat, *Anatomie pathologique*, p. 7.

41. X. Bichat, *Recherches physiologiques*, p. 242.

42. *Ibidem*, p. 234, 238.

43. *Ibidem*, p. 253 e 538.

44. *Ibidem*, p. 238.

os nega. O sistema das dependências funcionais e das interações normais ou patológicas se esclarece, também, pela análise destas mortes a varejo: pode-se reconhecer que, se existe ação direta do pulmão sobre o coração, este sofre apenas indiretamente a influência do cérebro; a apoplexia, a epilepsia, o narcotismo, as comições cerebrais não invocam nenhuma modificação imediata e correspondente do coração; apenas efeitos secundários poderão se produzir por intermédio da paralisia muscular, da interrupção da respiração e dos distúrbios circulatórios.⁴⁵ Fixada, assim, em seus mecanismos próprios, a morte, com sua rede orgânica, não pode mais ser confundida com a doença ou seus traços; pode, ao contrário, servir de ponto de vista sobre o patológico e permitir fixar suas formas ou suas etapas. Estudando as causas da tísica, G.-L. Bayle não mais considera a morte como um anteparo (funcional e temporal) que a separaria da doença, mas como uma situação experimental espontânea que dá acesso à própria verdade da doença e as suas diferentes fases cronológicas. A morte pode, efetivamente, se produzir ao longo do calendário patológico, pelo efeito da própria doença, por causa de uma afecção acrescentada, ou finalmente em razão de um acidente. Uma vez conhecidos e dominados os fenômenos invariáveis e as manifestações variáveis da morte, pode-se reconstituir, graças a essa abertura sobre o tempo, a evolução de toda uma série mórbida. No caso da tísica, são, em primeiro lugar, tubérculos firmes, homogêneos, esbranquiçados; em seguida, formações mais moles comportando, no centro, um núcleo de matéria purulenta que altera sua cor; por último, um estado de supuração que provoca úlceras e uma destruição do parênquima pulmonar.⁴⁶ Sistematizando o mesmo método, Laënnec pôde mostrar, contra o próprio Bayle, que a melanose não formava um tipo patológico distinto, mas uma fase possível da evolução. O tempo da morte pode se deslocar ao longo da evolução mórbida; e como esta morte perdeu sua característica opaca, ela se torna, parado-

45. *Ibidem*, p. 480, 500.

46. G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, p. 21-24.

xalmente e por seu efeito de interrupção temporal, o instrumento que permite integrar a duração da doença no espaço imóvel de um corpo recortado.

A vida, a doença e a morte constituem agora uma trindade técnica e conceitual. A velha continuidade das obsessões milenares que colocava, na vida, a ameaça da doença e, na doença, a presença aproximada da morte é rompida: em seu lugar, se articula uma figura triangular, de que o cume superior é definido pela morte. É do alto da morte que se podem ver e analisar as dependências orgânicas e as seqüências patológicas. Em lugar de permanecer o que tinha sido durante tanto tempo, noite em que a vida se apaga e em que a própria doença se confunde, ela é dotada, de agora em diante, do grande poder de iluminação que domina e desvela tanto o espaço do organismo quanto o tempo da doença... O privilégio de sua atemporalidade, que é sem dúvida tão velho quanto a consciência de sua iminência, torna-se, pela primeira vez, instrumento técnico que permite a apreensão da verdade da vida e da natureza de seu mal. A morte é a grande analista que mostra as conexões, desdobrando-as, e explode as maravilhas da gênese no rigor da decomposição: e é preciso deixar à palavra *decomposição* todos os pecos de seu sentido. A Análise, filosofia dos elementos e de suas leis, encontra na morte o que em vão tinha procurado nas matemáticas, na química e na própria linguagem: um modelo insuperável e prescrito pela natureza; o olhar médico vai, a partir de então, apoiar-se neste grande exemplo. Não mais o de um olho vivo, mas de um olho que viu a morte. Grande olho branco que desfaz a vida.

Muita coisa poderia ser dita sobre o «vitalismo» de Bichat. É verdade que procurando delimitar o caráter singular do fenômeno vivo, Bichat vinculava o risco da doença à sua especificidade: um corpo simplesmente físico não pode se desviar de seu tipo natural.⁴⁷ Mas isso não impede que a análise da doença só possa se fazer do ponto de vista da morte — desta morte a que, por definição, a vida resiste. Bichat relativizou o conceito

47. Cf. G. Cangulhem, *La connaissance de la vie*, Paris, 1952, p. 195.

O Livro de Cabanis sobre a vida e a morte de
Vitalismo e Antivitalismo

de morte, fazendo-o decair deste absoluto em que ele parecia como um acontecimento indivisível, decisivo e irreversível: ele o volatilizou e repartiu na vida, em forma de mortes a varejo, parciais, progressivas e de conclusão lenta, depois da própria morte. Mas ele substituiu assim uma estrutura essencial da percepção e do pensamento médico; aquilo a que a vida se opõe e se expõe; aquilo em relação a que ela é viva *oposição*, portanto, *vida*; e em relação a que ela é analticamente *exposta*, portanto, *verdadeira*. Magendie e, já antes dele, Buisson iam ao fundo do problema, como biólogos entretanto, quando criticavam a definição de vida dada no início das *Recherches physiologiques*: «Idéia falsa, pois morrer significa em todas as línguas deixar de viver, e, por conseguinte, a pretensa definição se reduz a este círculo vicioso: a vida é o conjunto das funções que resistem à ausência de vida». 48 Mas Bichat partira de uma experiência básica de anátomo-patologista, que ele próprio havia constituído: experiência em que a morte era a única possibilidade de dar à vida uma verdade positiva. A irreutibilidade do vivo ao mecânico ou ao químico é secundária com relação ao háme fundamental da vida com a morte. O vitalismo aparece tendo como pano de fundo esse «morfalismo». A partir do momento, no entanto próximo, em que Cabanis assinalava ao saber sobre a vida a mesma origem e o mesmo fundamento que à própria vida, o caminho percorrido é imenso: «A natureza desejou que a fonte de nossos conhecimentos fosse a mesma que a da vida. É preciso receber impressões para viver; é preciso receber impressões para conhecer; e, como a necessidade de estudar está sempre na razão direta de sua ação sobre nós, nossos meios de instruções são sempre proporcionais as nossas necessidades». 49 Para Cabanis, como para o século XVIII e toda uma tradição já familiar ao Renascimento, o conhecimento da vida se apoiava, de pleno direito, na essência do vivo, por ser também apenas uma de suas manifestações. É por isso que só se procurava

pensar na doença a partir do ser vivo ou de seus modelos (mecânicos), e seus constituintes (humorais, químicos); tanto o vitalismo quanto o antivitalismo nascem desta anterioridade fundamental da vida na experiência da doença. Com Bichat, o conhecimento da vida encontra sua origem na destruição da vida e em seu extremo oposto; é a morte que a doença e a vida dizem sua verdade: verdade específicas, irreduzível, protegida de todas as demências ao inorgânico pelo círculo da morte que as delimita no que elas são. Cabanis, que fazia a vida penetrar tão longe na profundidade das origens, era naturalmente mais mecânico do que Bichat que só a pensava em sua relação com a morte. Do início do Renascimento até o final do século XVIII, o saber da verdade fazia parte do círculo da vida que se volta sobre si mesma e se observa; a partir de Bichat, ele é deslocado com relação à vida, e dela é separado pelo intransponível limite da morte, no espelho da qual ele a contempla.

* * *

Realizar tal conversão era, sem dúvida, uma tarefa bem difícil e paradoxal para o olhar médico. Uma inclinação inmemorável, tão velha quanto o medo dos homens, dirigia os olhos dos médicos para a eliminação da doença, a cura e a vida: tratava-se somente de restaurá-la. A morte permanecia, às costas do médico, como a grande ameaça sombria em que se abolia seu saber e sua habilidade; era o risco, não somente da vida e da doença, mas do saber que as interrogava. Com Bichat, o olhar médico gira sobre si mesmo e pede à morte contas da vida e da doença; à sua imobilidade definitiva pede contas de seus tempos e seus movimentos. Não era preciso que a medicina contornasse seu mais antigo cuidado, para ler, naquilo que testemunhava seu fracasso, o que devia fundar sua verdade?

Mas Bichat fez mais do que libertar a medicina do medo da morte, ele integrou a morte em um conjunto técnico e conceitual em que ela adquiriu suas características específicas e seu valor fundamental de experiência. De tal modo que o grande corte na história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a expe-

48. F.-R. Buisson, *De la division la plus naturelle des phénomènes physiologiques*, Paris, 1802, p. 57. Cf. também Magendie n. 1 da p. 2 de sua edição das *Recherches physiologiques*.
49. Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine*, 3ª ed., Paris, 1819, p. 76-77.

riência clínica tornou-se o olhar anátomo-clínico. A *Médecine clinique* de Pinel data de 1802; *Les Révolutions de la Médecine* aparecem em 1804; as regras da análise parecem triunfar na pura decifração dos conjuntos sintomáticos. Mas, um ano antes, Bichat já as relegava à História: «Durante 20 anos, noite e dia, se tomarão notas, ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões e da viscera gástrica e o resultado será apenas confusão nos sintomas, que, a nada se vinculando, oferecerão uma série de fenômenos incoerentes. Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar». ⁵⁰ A noite viva se dissipa na claridade da morte.

CAPÍTULO IX

O Invisível Visível

Vista da morte, a doença tem uma terra, uma pátria demarcável, um lugar subterrâneo mas sólido, em que se formam seus parentescos e suas conseqüências; os valores locais definem suas formas. A partir do cadáver, paradoxalmente se percebe a doença viver. Uma vida que não é mais a das velhas simpatias, nem a das leis combinatórias das complicações, mas que tem suas figuras e suas leis próprias.

1. *Princípio da comunicação tissular*

Roederer e Wagler já haviam definido o *morbus mucosus* como uma inflamação suscetível de atingir as faces interna e externa do tubo alimentar em toda a sua extensão;¹ observação que Bichat generaliza: um fenômeno patológico segue, no organismo, o caminho privilegiado que a identidade tissular prescreve. Cada tipo de membrana tem modalidades patológicas próprias: «Uma vez que as doenças são apenas alterações das propriedades vitais e que cada tecido difere dos outros em relação a estas propriedades, ele deve evidentemente também se

1. Roederer e Wagler, *Tractatus de morbo mucoso*, Göttingen, 1783.