

Kapitola devátá

VIDITELNÉ NEVIDITELNÉ

Z pohledu smrti má nemoc určitou zemi, přesně určitelnou vlast, podzemní, avšak pevné místo, kde se spřádají její příbuzenství a následky; lokální významy určují její podoby. Paradoxně lze na základě mrtvoly porozumět živému. Životu, který již není oním životem starých sympatií ani kombinatorických zákonů komplikací, ale má své figury a své vlastní zákony.

1. PRINCIP TKÁŇOVÉ KOMUNIKACE

Již Roederer a Wagler definovali *morbus mucosus* jako zánět schopný postihnout vnitřní a vnější stěnu zažívací trubice v celém jejím rozsahu;¹ Bichat toto pozorování zobecňuje: patologický jev v organismu přednostně sleduje cestu předepsanou tkáňovou identitou. Každý typ membrány má patologické modalities, jež jsou mu vlastní: „Vzhledem k tomu, že nemoci jsou jen změnami životně důležitých vlastností a že každá tkáň se odlišuje od ostatních tkání poměrem těchto vlastností, je zřejmé, že se musí lišit i ve svých nemocech.“² Pavučnice může být postižena stejnými formami hydropsie jako poplicnice nebo pobříšnice, neboť v obou

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

2 X. Bichat, *Anatomie générale*, předmluva, díl I, s. lxxxv.

případech se jedná o serózní membrány. Síť sympatií, která byla vázána pouze na podobnosti bez systému, empirická zjištění či konjekturální určení nervové sítě, spočívá nyní na striktní analogii struktury: jsou-li mozkové obaly zanícené, zvyšuje se citlivost očí a uší; podráždění vaginální stěny při injekční operaci hydrokély způsobuje bolesti v lumbální oblasti; zánět intestinální pleury může díky „sympatii tonu“ vyvolat mozkové onemocnění.³ Patologický průběh má nyní své závazné cesty.

2. PRINCIP TKÁŇOVÉ NEPROSTUPNOSTI

Tento princip je korelativní s principem předchozím. Když se chorobný proces šíří ve vrstvách, pak horizontálně sleduje jedinou tkáň, aniž by vertikálně pronikal do jiných. Sympatické zvracení se týká vazivové tkáně, nikoli sliznaté membrány žaludku; nemoci okostice nemají s kostí nic společného, a vyskytnou-li se zánět průdušek, pohrudnice zůstává nedotčená. Funkční jednotka určitého orgánu nepostačuje k tomu, aby si vynutila předání patologického faktu od jedné tkáně k druhé. Při hydrocéle zůstává varle uprostřed zánětu obalu, který jej obklopuje, nedotčené;⁴ ačkoli jsou poškození mozkové hmoty vzácná, poškození pavučnice jsou častá a kromě toho jsou velmi odlišného typu od těch, která postihují omozečnici. Každá tkáňová vrstva si podržuje a uchovává své individuální patologické vlastnosti. Šíření choroby je věcí izomorfních povrchů, nikoli sousedství nebo překrývání se.

3 X. Bichat, *Traité des membranes*, ed. Magendie, s. 122–123.

4 *Tamtéž*, s. 101.

3. PRINCIP SPIRÁLOVITÉHO PRONIKÁNÍ

Tento princip omezuje dva předchozí principy, a to aniž by je zpochybňoval. Vyvažuje pravidlo homologie pravidly místních účinků a pravidlo neprostupnosti přípuštěním určitých způsobů pronikání vrstvami. Může se stát, že choroba potrvá dostatečně dlouho na to, aby se jí nasytily spodní či sousední tkáně: to se děje u chronických onemocnění, jako je rakovina, kdy jsou postupně zasaženy všechny tkáně jednoho orgánu a nakonec jsou „spojeny do jediné společné hmoty“.⁵ Rovněž dochází k obtížněji stanovitelným přechodům: ani nasycením, ani kontaktem, ale díky dvojitému pohybu postupujícímu od jedné tkáně k druhé a od struktury k funkci; změna jedné membrány může, aniž by zasáhla membránu sousední, více či méně úplně bránit vykonávání jejich funkcí: sliznaté sekrety žaludku mohou být potlačeny zánětem jeho vazivových tkání; a intelektuální funkce mohou být narušeny poškozením pavučnice.⁶ Formy mezitkáňového průniku mohou být ještě složitější: perikarditida postihující blanovité obaly srdce způsobuje funkční poruchu, která má za následek hypertrofii tohoto orgánu, a tudíž změnu jeho svalové hmoty.⁷ Pohrudnice se svým původem vztahuje jen k plicnici; ale pod vlivem nemoci vylučuje bílkovinnou tekutinu, která v chronických případech pokrývá celou plíci; ta zakrňuje, snižuje se její činnost, a to až k téměř úplnému omezení její funkce, přičemž je její povrch a objem natolik zmenšen, že lze usuzovat na destrukci většiny jejích tkání.⁸

5 X. Bichat, *Anatomie générale*, předmluva, díl I, s. xci.

6 *Tamtéž*, s. xcii.

7 Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux*.

8 G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, s. 13–14.

4. PRINCIP SPECIFIČNOSTI ZPŮSOBU NAPADENÍ TKÁNÍ

Změny, jejichž trajektorie a působení jsou určeny předchozími principy, podléhají typologii, která nezávisí pouze na jimi postiženém místě, ale i na jejich vlastní povaze. Bichat nedospěl v popisu těchto rozličných forem příliš daleko, neboť rozlišoval jen záněty a tvrdé karcinomy. Laënnec, jak jsme již viděli,⁹ se pokusil o obecnou typologii změn (textury, formy, výživy, umístění a nakonec těch, které jsou zapříčiněny cizími tělesy). Samotný pojem změny textury je však nedostatečný pro popis různých způsobů, jimiž může být tkáň postižena ve své vnitřní konstituci. Dupuytren navrhoval rozlišovat přeměny jedné tkáně v jinou a vytváření nových tkání. V jednom případě organismus tvoří tkáň, která běžně existuje, ale obvykle ji nacházíme na odlišném místě: tak je tomu u nepřírozené osifikace; jmenovitě lze uvést buněčné, tukové, vazivové, chrupavčité, kostní, serózní, synoviální a sliznaté tvoření; jedná se zde o *odchyly* od zákonů života, nikoli o *změny*. V opačném případě, kdy je tvořena nová tkáň, jsou zákony organizace zásadně narušeny; poškozená tkáň se odlišuje od jakékoli tkáně existující v přírodě; to je případ zánětu, tuberkulů, tvrdých karcinomů a rakoviny. Dupuytren nakonec, když spojuje tuto typologii s principy tkáňové lokalizace, poznamenává, že každá membrána má jeden privilegovaný typ změny: například polypy pro sliznaté membrány a vodnatelnost pro membrány serózní.¹⁰ Díky aplikaci tohoto principu mohl Bayle sledovat vývoj souchotin od začátku do konce a rozpoznat jednotu jejich průběhů, specifikovat jejich formy a rozlišit choroby, jejichž symptomatologie může být podobná, ale které odpovídají zcela odlišnému typu změny. Souchotiny jsou charakterizovány „progresivním rozkladem“ plic, který může nabývat tuberkulózní, vředovité, kalkulózní, granulární, melanózní či rakovinné podoby; a nesmí být zaměňovány ani s podrážděním sliznic (katar), ani se změnou v serózní sekreci (pleuritida), a především

9 Viz výše s. 158.

10 Článek „Anatomic pathologique“, in *Bulletin de l'École de Médecine de Paris*, rok XIII, 1. ročník, s. 16–18.

ani se změnou, která rovněž postihuje samotné plíce, avšak ve formě zánětu: chronickým zánětem plic.¹¹

5. PRINCIP ZMĚNY ZMĚNY

Obecně řečeno předchozí pravidlo vylučuje diagonální choroby, jež se střetávají s různými formami ataků a postupně je využívají. Nicméně jsou zde účinky usnadnění, které spojují rozdílné poruchy; zápal plic a katar netvoří tuberkulózu, přesto podporují její rozvinutí.¹² Chroničnost, či přinejmenším rozložení záchvatu v čase občas umožňuje, aby jedna choroba získala převahu nad jinou. Překrvení mozku při chvilkové formě prudkého návalu krve vyvolává roztažení cév (odtud závratě, mžitky, optické iluze, zvonění v uších) nebo, je-li soustředěn v jediném bodě, prasknutí cév s krvácením a bezprostřední paralýzou. Pokud je však překrvení způsobeno pomalým vnikáním, dojde nejprve ke krevní infiltraci do mozkové hmoty (doprovázené křečemi a bolestmi), souběžnému změknutí této substance, jež se smíšením s krví do hloubky promění a shlukuje se za vzniku inertních ostrůvků (odtud paralýzy); nakonec dochází k úplnému rozkladu arteriovenózního systému v cerebrálním parenchymu a často i v pavučnici. Od počátečních forem měknutí lze konstatovat serózní výrony a poté prosakování hnisu, jenž se občas nahromadí ve věřdu; nakonec hnisání a extrémní změknutí cév nahradí podráždění zaviněné jejich překrvením a příliš silným tlakem.¹³

Tyto principy určují pravidla daného patologického pořádku a předem popisují možné cesty, jež by měl sledovat. Určují síť jeho prostoru a vývoje, přičemž činí průzračně zjevnou nervaturu nemoci. Nemoc získává podobu mohutné organické vegetace,

11 G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, s. 12.

12 *Tamtéž*, s. 423–424.

13 F. Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, I, s. 98–99.

kteřá má své podoby rašení, zakořenění a privilegované oblasti růstu. Patologické fenomény, spacializované v organismu podle linií a oblastí, jež jsou mu vlastní, se začínají projeřovat jako životní procesy. To má dva důsledky: nemoc je napojena na život samotný, vyživuje se z něj a podílí se na této „vzájemné výměně vlivů, kde po sobě vše následuje, vše je spojeno v celek a navzájem svázáno“.¹⁴ Již není událostí či přirozeností přinesenou zvenčí; je životem měnícím se v odchýlených funkcích: „V konečné analýze se každý fyziologický jev vztahuje k vlastnostem živých těl pozorovaných v jejich přirozeném stavu; každý patologický jev je odvozen z jejich zvětšení, zmenšení a z jejich změny.“¹⁵ Nemoc je vnitřní deviací života. Navíc se každá chorobná skupina organizuje podle modelu živé individuality: existuje život tuberkulů a rakovin; existuje život zánětu; starý čtyřúhelník, který jej určoval (zduření, zarudnutí, horkost, bolest), je nedostatečný pro rekonstrukci jeho vývoje v různých organických stratifikacích: v krevních kapilárách prochází uvolněním, gangrénou, ztvrdnutím, zhnisáním a vředem; v bílých kapilárách se křivka pohybuje od uvolnění k bílému a tuberkulóznímu zhnisání, a od něj k nevyčísitelným hnisavým vředům.¹⁶ Představu nemoci, která útočí na život, je tedy třeba nahradit mnohem přesnějším pojmem *patologického života*. Chorobné jevy jsou chápány na základě stejného textu života, a nikoli z nosologické esence: „Nemoci byly považovány za poruchu; vůbec v nich nebyla spatřována řada jevů, které jsou všechny na sobě navzájem závislé a často směřují k určitému cíli: patologický život byl zcela opomíjen.“

Jedná se konečně o nechaotický rozumný vývoj nemoci? – Byla to však již dlouhou dobu daná věc; botanická pravidelnost a konstantnost klinických forem vnesly řád do světa nemoci, a to již velmi dlouho před novou anatomíí. Fakt uspořádaní není nový, nové jsou jeho forma a základ. Od Sydenhama po Pinela nemoc

14 X. Bichat, *Anatomie générale*, díl IV, s. 591.

15 *Tamtéž*, I, předmluva, s. vii.

16 E.-J. Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, Paris, 1808, díl I, s. 54–55.

získávala svůj zdroj a tvář v obecné struktuře racionality, kde byla otázkou *přirozenosti* a řádu věcí. Počínaje Bichatem je patologický jev vnímán na pozadí *života* a nachází se tak ve spojení s pevnými a nezbytnými formami, jichž nabývá v organické individualitě. Život se svými konečnými a vymezenými možnostmi variací bude hrát v patologické anatomii stejnou roli, jakou zastával v nosologii široký pojem přirozenosti: je nevyčerpatelným, avšak uzavřeným základem, v němž nemoc nachází uspořádané zdroje poruch, které jsou jí vlastní. Odtážitá, teoretická změna, která během dlouhého období pozměnila filozofický horizont; lze však říci, že ihned postihla svět vnímání a pohled, jímž lékař pohlížel na nemocného?

Stalo se tak nepochybně závažným a rozhodujícím způsobem. Fenomén nemoci zde našel svůj nový epistemologický status. Paradoxně se klinický „nominalismus“ i nadále vznášel na hranici lékařského pohledu, na šedém rozhraní viditelného a neviditelného, jako něco, co bylo zároveň celkem jevů a jejich zákona, místem rozjímání, ale také přísným pravidlem jejich koherence; nemoc měla pravdu pouze v symptomech, ale byly to symptomy dané v pravdě. Objev životních procesů jako obsahu nemoci jí umožnil poskytnout základ, jenž přesto nebyl ani vzdálený, ani abstraktní: základ co možná nejbližší tomu, co je zjevné; nemoc již bude jen patologickou formou života. Velké nosologické esence, jež se vznášely nad řádem života a ohrožovaly jej, jsou jím nyní obcházeny: život je bezprostřední, přítomný a vnímatelný *za* nemocí; a nemoc postupně sjednocuje své projevy v chorobné formě života.

Jedná se o oživení vitalistické filozofie? Je pravda, že Bordeuovo či Barthezovo myšlení bylo Bichatovi důvěrně známé. Jestliže je však vitalismus schématem specifické interpretace zdravých či chorobných projevů organismu, je to poněkud slabý pojem pro vysvětlení události, která způsobila objev patologické anatomie. Bichat znovu nastolil téma specifičnosti živého pouze proto, aby umístil život na hlubší a zásadnější epistemologickou rovinu: ta pro něj není souborem charakteristik, které se odlišují od anorganického, ale pozadím, na němž může být protiklad organismu a neživého vnímán, situován, obtížen všemi pozitivními hodno-

tami konfliktu. Život není formou organismu, ale organismus je viditelnou formou života v jeho odporu k tomu, co nežije a co je proti němu. Spor mezi vitalismem a mechanicismem, tak jako mezi humoralismem a solidismem, měl smysl pouze do té míry, do jaké přirozenost, příliš široký ontologický základ, ponechávala prostor pro hru těchto interpretačních modelů: normální fungování mohlo být vysvětleno pouze s odvoláním buď na předešlou existující formu, nebo na specifický typ. Jakmile však život nevysvětluje pouze řadu přirozených podob, ale počítá s rolí obecného prvku ve fyziologických a patologických jevech, pak samotná myšlenka vitalismu ztrácí svůj význam a to podstatné ze svého obsahu. Bichat tím, že poskytl životu, i patologickému životu, tak základní status, osvobodil medicínu od vitalistických sporů a od sporů, jež jsou s ním spojeny. Odtud onen pocit, jenž se projevoval teoretickou reflexí u většiny lékařů na začátku 19. století, kteří byli konečně osvobozeni od systémů a spekulací. Kliničtí lékaři Cabanis a Pinel pocit'ovali svou metodu jako realizovanou filozofii;¹⁷ anatomicí patologové u sebe objevili jistou nefilozofii, potlačenou filozofii, díky níž se konečně naučili vnímat: jednalo se pouze o posun v epistemologickém základu, o nějž opírali své vnímání.

Život umístěný na této epistemologické úrovni je svázán se smrtí jako pozitivní hrozbou a nebezpečím zničení jeho živé síly. Nemoc byla v 18. století zároveň přirozená i protipřirozená, neboť měla řádnou esenci, ale právě její esence ohrožovala přirozený život. Po Bichatovi bude nemoc hrát stejnou podvojnou roli, avšak mezi životem a smrtí. Abychom tomu dobře rozuměli: již dlouho před patologickou anatomí byla známa cesta, která vede od zdraví k nemoci a od ní ke smrti. Tento vztah však nikdy nebyl vědecky promyšlen a ani nebyl strukturován v lékařském vnímání; na počátku 19. století získal podobu, kterou lze analyzovat na dvou úrovních. Na úrovni, kterou již známe: smrt jako absolutní hledisko života a otevření se (*ouverture* v každém

17 Viz např. Pinel, *Nosographie philosophique*, úvod, s. xi, nebo C.-L. Du-
mas, *Recueil de discours prononcés à la Faculté de Médecine de Montpellier*,
Montpellier, 1820, s. 22–23.

smyslu tohoto slova, i v tom nejtechničtějším) jeho pravdě. Smrt je však také tím, proti čemu se život ve svém každodenním ko-nání staví; živé v ní nachází své přirozené řešení: a nemoc ztrá-ní starý status akcidentu, aby se stala součástí vnitřní, konstantní a pohyblivé dimenze vztahu mezi životem a smrtí. Člověk neumí- rá proto, že onemocněl; v principu je to tak, že člověk se stane nemocným proto, že může zemřít. A pod chronologickým vzta- hem život–nemoc–smrt je načrtnuta jiná, dřívější a hlubší figura, taková, která spojuje život a smrt, aby navíc osvobodila znaky nemoci.

Dříve se smrt jevila jako podmínka onoho pohledu, jenž při čtení povrchů dával dohromady čas a patologické události; smrt dovolila nemoci, aby se konečně vyjádřila v pravdivém diskurzu. Nyní se jeví jako zdroj nemoci v jejím samotném počátku, ona vnitřní možnost života, avšak silnější než on, možnost, která jej vyčerpává, vychyluje a nakonec odstraňuje. Smrt je nemoc, která se stala možnou v životě. A přestože je pravda, že pro Bichata je patologický jev napojen na fyziologický proces a odvozuje se z něj, toto odvození se v odchylce, kterou vytváří a která ohlašuje cho- robnou skutečnost, zakládá na smrti. Deviace v životě je rádu života, avšak života, který směřuje k smrti.

Odtud plyne význam, který byl od objevení se patologické anatomie připisován pojmu „degenerace“. Byla to již stará před- stava: Buffon ji aplikoval na jednotliviny nebo řady jednotlivin, které se odchýlily od svého specifického typu;¹⁸ lékaři ji rovněž používali pro označení oslabení jinak přirozeně silného lidstva, které život ve společnosti, civilizace, zákony a řeč postupně od- suzují k životu v nepřirozenosti a nemocech; degenerovat zna- menalo podstoupit pád z původního statusu nacházejícího se přirozeným právem na vrcholu hierarchie dokonalosti a věků; v této představě se soustředí vše, co mohlo být negativní v his- torickém, atypickém a protipřirozeném. Degenerace, opírající se po Bichatovi o vnímání konečně konceptualizované smrti, bude postupně získávat pozitivní obsah. Corvisart definoval nemoc

¹⁸ Buffon, Histoire naturelle, *Oeuvres complètes*, Paris, 1848, díl III, s. 311.

na rozhraní dvou významů faktem, že „orgán nebo jakékoli živé těleso je ve svém celku nebo jedné ze svých částí dostatečně degenenerované oproti svému přirozenému stavu na to, aby bylo ve svém jednoduchém, pravidelném a stálém působení buď poškozeno, nebo narušeno, a to zjevným a trvalým způsobem“.¹⁹ Široká definice, která zahrnuje všechny možné podoby anatomických a patologických změn; a opět definice negativní, neboť degenerace je jen odstupem získaným ve vztahu ke stavu přirozenosti: definice, která přesto umožňuje první hnutí pozitivní analýzy vzhledem k tomu, že Corvisart pro ni specifikuje formy „změn složení“, modifikací symetrie a proměn „způsobu fyzické a chemické existence“.²⁰ Takto chápaná degenerace je vnějším záhybem, v němž dochází k zachytávání singulárních bodů patologických jevů kvůli jeho posílení a vykreslení; zároveň je to princip čtení jejich jemné struktury.

V takto obecném rámci byla otázka aplikace pojmu sporná. Martin²¹ v pojednání o organických nemocech staví proti tkáňovým útvarům (ať již známého či nového druhu) degenerace v pravém slova smyslu, které mění pouze formu nebo vnitřní strukturu tkáně. Cruveilhier, který rovněž kritizoval příliš nejasné užívání pojmu degenerace, jej chce naproti tomu vyhradit pro ony narušené činnosti organismu, které vytvářejí tkáně, jež nemají analogii ve zdravém stavu; tyto tkáně, které obecně mají „špekovitou, šedavou texturu“, se nacházejí v nádorech, v neobvyklých hmotách utvořených na úkor orgánů, ve vředech nebo v píštělích.²² U Laënneca lze hovořit o degeneraci ve dvou konkrétních případech: když se tkáň mění v jinou, která existuje v odlišné podobě a na jiném místě v organismu (kostní degenerace chrupavek a tuková degenerace jater), a když tkáň nabývá textury a uspořádání, jež nemají předem existující vzor (tuberkulózní degenerace lymfatických uzlin nebo plicního parenchymu; skirózní

19 Corvisart, *Essai sur les maladies et lésions organiques du coeur*, s. 636–637.

20 *Tamtéž*, s. 636, pozn. 1.

21 Viz *Bulletin des Sciences médicales*, díl 5, 1810.

22 J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, Paris, 1816, díl I, s. 75–76.

degenerace vaječníků nebo varlat).²³ V žádném případě však nelze hovořit o degeneraci u patologické superpozice tkání. Zjevně zhuštění tvrdé pleny mozkové není vždy kostnatěním; při anatomickém vyšetření lze oddělit na jedné straně pavučnici a na straně druhé tvrdou plenu mozkovou: ukazuje se tak, že tkáň se uložila mezi blánami, ale nejedná se o degenerativní vývoj jedné z nich. O degeneraci lze hovořit pouze v případě procesu, který probíhá uvnitř tkáňové textury; degenerace je patologickou dimenzí jeho vlastního vývoje. Tkáň degeneruje, pokud je nemocná jakožto tkáň.

Tuto tkáňovou nemoc lze charakterizovat třemi příznaky. Není jednoduše úpadkem ani libovolnou odchylkou: podléhá jistým zákonům: „Příroda se při tvoření stejně jako při ničení podrobuje pevným pravidlům.“²⁴ Organická zákonitost tudíž není nejistý a křehký proces; je to reverzibilní struktura, jejíž momenty vyznačují závaznou cestu: „projevy života sledují zákony dokonce i v jejich proměnách“.²⁵ Cesta je vymezena tvary, jejichž úroveň uspořádání je čím dál tím chatrnější; nejprve se rozostří morfologie (nepravidelné osifikace); poté vnitroorganová rozlišení (cirózy, hepatizace plic); a nakonec zaniká vnitřní soudržnost tkáně: je-li buněčné pouzdro tepen zanícené, „dá se oddělit jako sádlo“²⁶ a tkáň jater může být bez námahy odtržena. V krajním případě se dezorganizace stává autodestrucí, jako v případě tuberkulózní degenerace, kdy ulcerace jader vyvolává nejen zničení parenchymu, ale i samotných tuberkulů. Degenerace tudíž není návratem k anorganickému, či spíše je takovým návratem pouze do té míry, do jaké neomylně směřuje k smrti. Dezorganizace, která ji charakterizuje, není dezorganizací anorganického, jedná se o dezorganizaci neživého, dezorganizaci života v průběhu jeho vlastní

23 R. Laënnec, článek „Dégénération“ v *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1814, díl VIII, s. 201–207.

24 R. Laënnec, úvod a první kapitola *Traité inédit d'anatomie pathologique*, s. 52.

25 Dupuytren, *Dissertation inaugurale sur quelques points d'anatomie*, Paris, rok XII, s. 21.

26 Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, díl I, s. 88–89.

destrukce: „Plicní tuberkulózou je třeba nazývat jakékoli poškození plic, které ponecháno samo sobě způsobuje postupný rozklad těchto útrob, následkem čehož dochází k jejich změně a nakonec k smrti.“²⁷ Proto zde existuje určitá forma degenerace, která neustále doprovází život a po celou dobu jeho trvání vymezuje jeho konfrontaci se smrtí: „Většina autorů vůbec neráčí brát v potaz představu změn a poškození částí našich orgánů způsobených samotnou jejich činností.“²⁸ Opotřeбенí je neodstranitelnou časovou dimenzí organické činnosti: odměňuje skrytou práci, která rozkládá tkáň pouze tím, že vykonávají své funkce a že se střetávají s „množstvím vnějších činitelů“ schopných „překonat jejich rezistenci“. Smrt postupně od prvního okamžiku jejich činnosti a prvního střetu s vnějším světem naznačuje svou hrozivou blízkost: vkrádá se nejen ve formě možného neštěstí; spolu s životem utváří jeho průběh a trvání, jedinou osnovu, která jej zároveň tvoří a ničí.

Degenerace je v samotných základech života nezbytností smrti, jež je od něj neoddělitelná, a nejobecnější možností nemoci. Koncept, který ji spojuje s anatomicko-patologickou metodou, se nyní ukazuje zcela zřetelně. V anatomickém vnímání je smrt pohledem z výšky, v němž se nemoc otvírá pravdě; trojice život–nemoc–smrt se spojuje v trojúhelníku, jehož nejvyšším vrcholem je smrt; vnímání může uchopit život a nemoc v jednotě pouze tehdy, když vloží smrt do vlastního pohledu. A ve vnímaných strukturách lze znovu nalézt stejné uspořádání, avšak zrcadlově obrácené: život se svým skutečným trváním a nemoc jako možnost odchylky nacházejí svůj původ na hluboko zakopaném místě smrti; smrt řídí jejich existenci zdola. Smrt, která v anatomickém pohledu zpětně vyslovuje pravdu nemoci, skrze anticipaci činí možnou svou skutečnou podobu.

Medicína v průběhu staletí hledala způsob artikulace, který by dokázal určit vztahy nemoci a života. Pouze intervence třetího pojmu umožnila dát jejich střetávání, koexistenci a interferenci

27 Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, s. 5.

28 Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux*, Úvod, s. xvii.

formu, která byla založena zároveň na pojmové možnosti a vnímané úplnosti; tímto třetím pojmem je smrt. Na základě smrti nemoc získává tělo v prostoru, jenž se shoduje s prostorem organismu; sleduje jeho linie a rozřezává jej; organizuje se podle jeho celkové geometrie; a rovněž se odchyluje směrem k jeho jedinečnosti. Od okamžiku, kdy se smrt stala technickým a pojmovým nástrojem, mohla být nemoc zároveň specializovaná a individualizovaná. Prostor a jedinec, to jsou dvě navzájem spojené struktury, které nutně vyplývají z vnímání, jež je nesené smrtí.

Ve svých hlubinných hnutích sleduje nemoc temné, avšak nutné cesty tkáňových reakcí. Co se ale nyní stává jejím viditelným tělem, souborem jevů bez tajemství, které ji vystavují pohledu kliniků: je rozpoznatelná díky svým znakům, ale rovněž dešifrovatelná v symptomech, jejichž totalita by beze zbytku definovala její esenci? Neriskuje celá tato řeč, že bude zbavena své specifické váhy a redukována na sérii povrchných událostí, postrádajících jak gramatickou strukturu, tak sémantickou nutnost? Patologická anatomie oslabuje tím, že nemoci přisuzuje němé cesty v uzaveném světě těl, význam klinických symptomů a nahrazuje metodologii viditelnosti komplexnější zkušeností, kde pravda vychází ze svého nepřístupného rezervoáru pouze přechodem k nehybnosti, k násilí rozřezaného mrtvého těla, tedy k formám, v nichž se význam živého stírá ve prospěch masivní geometrie.

Dochází k novému převrácení vztahů mezi znaky a symptomy. V prvotní formě klinické medicíny se znak nelišil svou povahou od symptomů.²⁹ Každá manifestace nemoci mohla beze změny podstaty nabývat hodnoty znaku za předpokladu, že poučené lékařské čtení ji bylo schopno situovat do chronologické totality choroby. Každý symptom byl potenciálním znakem a znak nebyl ničím jiným než přečteným symptomem. Ovšem v anatomico-klinickém vnímání může symptom zůstat dokonale němým a signifikantní jádro, jímž by měl být, jak se věří, vyzbrojen, se ukáže jako neexistující. Jaký viditelný symptom může indikovat s jistotou plicní tuberkulózu? Nejsou to ani dýchací potíže, které

²⁹ Viz *výše*, s. 117.

se mohou objevit i v případě chronického kataru a ne vždy se objevují u tuberkulózy; není to ani kašel, jenž se objevuje také u zánětu plic, a ne vždy u tuberkulózy; není to ani hektická horečka, častá i u pleuritidy, v případě tuberkulózy se však mnohdy objeví až opožděně.³⁰ Mlčení symptomů lze obejít, nikoli však překonat. Znak zde představuje právě úhybný manévr: není to mluvící symptom, ale to, co nahrazuje základní nedostatečnost řeči v symptomu. Bayle byl v roce 1810 nucen odmítnout postupně sémiologické indikace tuberkulózy: žádná z nich nebyla ani evidentní, ani určitá. Když o devět let později Laënnec vyšetřoval poslechem nemocnou, u níž předpokládal, že trpí plicním katarom v kombinaci se žlučovou horečkou, měl dojem, že zaslechl hlas vycházející přímo z hrudi, a to z malého povrchu o ploše zhruba jednoho čtverečního palce. Možná to byl důsledkem plicního poškození, jistý druh otevření plíce v těle. Se stejným jevem se setkal u dvaceti případů tuberkulózy; později rozlišil ještě jeden blízký jev, který bylo možné pozorovat u nemocných zánětem pohrudnice: zdálo se rovněž, že hlas vychází z hrudi, ale byl mnohem ostřejší, než bylo přirozené; zdálo se stříbřitý a třaslavý.³¹ Laënnec tak ohlásil „pectoriloquii“ jako jediný určitý patognomický znak plicní tuberkulózy a „egophonii“ jako znak zánětu pohrudnice. Vidíme zde, že v anatomicko-klinické zkušenosti má znak zcela odlišnou strukturu, než jaká mu byla připisována jen o několik let dříve klinickou metodou. V Zimmermannově či Pinelově chápání byl znak o to výmluvnější a o to určitější, čím byl při projevech nemoci blíže povrchu: horečka tak byla hlavním symptomem a v důsledku toho nejjistějším a nejbližším znakem toho nejdůležitějšího, pomocí čeho bylo možné rozpoznat tuto řadu nemocí, jež právě nesla jméno „horečka“. Pro Laënneca již neměla hodnota znaku žádný vztah k symptomatické extenzi; jeho marginální, omezená, téměř nepostřehnutelná povaha mu umožňovala procházet jakoby oklikou viditelným tělem nemoci (složené z obecných a nejistých prvků) a dosahovat tím rysů přirozenosti. Právě tím se také znak

30 G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, s. 5–14.

31 Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate*, Paris, 1819, díl I.

zbavil statistické struktury, kterou měl v čistě klinickém vnímání: aby mohl znak produkovat jistotu, musel nyní tvořit součást konvergentní řady, což byla nahodilá konfigurace souboru, jenž přivěšoval pravdu; znak teď mluví sám o sobě a to, co vyslovuje, je apodiktické: kašel, chronická horečka, ochablost, vykašlávání hlenu či krve činí tuberkulózu čím dál tím pravděpodobnější, ale v konečném ohledu nikdy jistou; jediné pectoriloquie ji označoval je bez potenciální chyby. A konečně, klinický znak odkazoval k nemoci samé, anatomicko-klinický znak odkazuje k poškození; a jsou-li některé změny tkání společné několika nemocem, znak, který je přivádí na světlo, nemůže říci nic o povaze těchto potíží: můžeme konstatovat hepatizaci plic, avšak znak, který ji indikuje, nám neříká nic o tom, jaká nemoc ji způsobuje.³² Znak nás tedy může odkázat pouze k výskytu poškození a nikdy k patologické podstatě.

Vnímání významu znaku je tedy epistemologicky odlišné ve světě kliniky takové, jaká existovala ve své prvotní formě, a takové, jaká byla po proměně anatomickou metodou. Tato odlišnost je postřehnutelná už ve způsobu, jímž byl před Bichatem a potomem, to znamená v té míře, v jaké je přirozeným projevem nemoci a plně komunikuje s její esencí. Takže pulz „plný, silný, zřetelný“ indikuje přebytek krve, silnou pulzaci a zatěžování vasculárního systému, což umožňuje předvídat prudké krvácení. Pulz „zaujímá svými účinky v konstituci stroje ty nejdůležitější a nejrozšířenější funkce; svými obratně získanými a rozvíjenými charakteristikami odhaluje celé nitro člověka“; díky němu „se lékař podílí na vědě o nejvyšší bytosti“.³³ Rozlišením na kapitulní, pektorální a ventrální pulzaci nemění Bordeu formu vnímání pulzu. Vždy jde o čtení určitého patologického stavu během jeho vývoje a o předvídaní jeho rozvinutí s co nejlepší pravděpodobností; jednoduchý pektorální pulz je tedy měkký, plný, rozšířený; pulzace jsou shodné, avšak vlnivé, vytvářejí jistý druh dvojité vlny „s lehkostí, jemností a mírnou silou oscilace, která nedovolí

32 A.-F. Chomel, *Éléments de pathologie générale*, Paris, 1817, s. 522–523.

33 Menuret, *Nouveau traité du pouls*, Amsterdam, 1768, s. ix–x.

splést si tento druh pulzu s jinými³⁴.³⁴ Je to ohlas evakuace v oblasti hrudníku. Když naopak Corvisart určuje pulz svého pacienta, chápe ho nikoli jako symptom zápalu, který vyšetřuje, ale jako znak poškození. Pulz již nemá vyjadřovací hodnotu v kvalitách mírnosti či přebytku; anatomicko-klinické vyjádření však umožňuje stanovit obraz vzájemně jednoznačné korespondence mezi tempem pulzací a každým typem poškození: pulz je silný, tvrdý, vibrující a zrychlený ve výdutích bez komplikací; měkký, pomalý, pravidelný a snadno se zpomalující v pasivních jednoduchých výdutích; nepravidelný, nerovnoměrný, vlnivý v trvalých zúženích; střídavý podle intervalů, nepravidelný v dočasných zúženích; slabý a sotva postřehnutelný v místech ztvrdnutí, zkostnatění či změknutí; rychlý, zrychlený, nepravidelný a jakoby křečovitý v případě ruptury jednoho či několika svazků svaloviny.³⁵ Nejde již o vědu analogickou vědě o Nejvyšší bytosti a konformní se zákony přirozených pohybů, ale o formulaci určitého počtu vnímání signálů.

Znak již nemluví přirozenou řečí nemoci; získává formu a hodnotu pouze v rámci zkoumání předpokládaných lékařským vyšetřováním. Nic tedy nebrání tomu, aby jím byl vyžadován či téměř prefabrikován. Již není tím, čím se nemoc sama spontánně vyjadřuje; je bodem setkání, vyprovokovaného mezi akty vyšetření a nemocným organismem. Tím se vysvětluje, jak mohl Corvisart bez velkých teoretických potíží reaktivovat relativně zastaralý a zapomenutý Auenbruggerův objev. Tento objev byl založen na spolehlivě nabytých patologických znalostech: zmenšování objemu vzduchu obsaženého v dutině hrudní během mnoha zápalů plic; byl také vysvětlen faktem, daným prostou zkušeností: při poklepu na sud se zvuk stává matným podle toho, nakolik je sud naplněn; a konečně, byl potvrzen experimentem na mrtvém těle: „Jestliže je v jakémkoli těle ozvučná dutina hrudníku vyplněna tekutinou prostřednictvím injekce, potom se

34 Bordeu, *Recherches sur le pouls*, Paris, 1771, díl I, s. 30–31.

35 Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur*, s. 397–398.

zvuk na té straně plic, která byla naplněna, stává matným do výše, jaké dosáhla injektovaná tekutina.³⁶

Bylo přirozené, že klinická medicína na konci 18. století ponechala stranou tuto techniku, která nechávala znak uměle vystat tam, kde nebyl symptom, a dožadovala se odpovědi, když nemoc nemluvila sama od sebe: klinika očekávala jak své čtení, tak svůj terapeutický postup. Avšak od okamžiku, kdy patologická anatomie předepisovala klinice zkoumat tělo v jeho organické tloušťce a nechat na povrchu vystoupit to, co bylo dáno pouze v hlubokých vrstvách, se idea technického nástroje, schopného odhalit poruchu, stávala znovu vědecky oprávněnou. Návrat k Auenbruggerovi lze vysvětlit stejnou reorganizací struktur jako návrat k Morgagnimu. Poklep nelze ospravedlnit, pokud je nemoc tvořena pouze sítí symptomů; stává se nutným, jestliže nemocný není ničím jiným než tělem se vstříknutou tekutinou, poloplným sudem.

Stanovit znaky, ať umělé či přirozené, znamená promítnout na živé tělo celou síť anatomicko-patologických zaměření: načrtnout bod po bodu budoucí pitvu. Problém tedy tkví v tom nechat na povrchu vystoupit to, co se stupňovitě zdvíhá v hloubce; sémiologie již nebude *čtením*, ale tímto souborem technik, které umožní konstituovat *projektivní patologickou anatomii*. Pohled klinického lékaře se upíral na posloupnost patologických událostí a na jejich oblast; musel být zároveň synchronní i diachronní, ale v každém případě byl podřízen temporalitě; *analyzoval sérii*. Anatomicko-klinický pohled musí *vyznačit objem*; bude pracovat s komplexitou prostorových dat, která jsou poprvé v historii medicíny trojrozměrná. Zatímco klinická zkušenost implikuje konstituci *smíšené tkaniny viditelného a čitelného*, nová sémiologie vyžaduje jistý druh *senzorické triangulace*, při níž musí spolupracovat rozmanité atlasy, až dosud z lékařských technik vyloučené: k pohledu se přidávají ucho a dotyk.

Již desítky staletí zkoumají lékaři kromě jiného pacientovu moč. Mnohem později se jej začali dotýkat, poklepávat na něj

36 Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine* (překlad Corvisart), Paris, 1808, s. 70.

a naslouchat mu. Bylo to důsledkem morálních zábran, které nakonec zrušilo osvícenství? Kdyby tomu tak bylo, bylo by obtížné pochopit, proč za císařství zavedl Corvisant poklep a proč Laënnec v době restaurace přikládal ucho k ženské hrudi. Morální zábrany byly zakoušeny pouze tehdy, když konstituovaly epistemologický požadavek; vědecká nutnost vynesla na světlo zákaz jako takový: vědění objevuje tajemství. Již Zimmermann si přál, aby kvůli poznání síly krevního oběhu „měli lékaři svobodnou možnost při konání svých pozorování v tomto ohledu dotýkat se rukama přímo lidského srdce“; konstatoval však, že „naše zjevné mravy nám v tom brání, zejména v případě žen“.³⁷ Double v roce 1811 kritizoval tuto „falešnou skromnost“ a „přemrštěnou zdrženlivost“ nikoli proto, že by doufal v možnost provozovat podobnou praxi bez jakýchkoli výhrad, nýbrž proto, že „toto zkoumání, které se odehrává exaktně zcela nad košilí, může zaujmout své místo ve vši možné slušnosti“.³⁸ Morální zástěna, jejíž nutnost byla uznávána, se stává technickým zprostředkováním. *Libido sciendi* ještě posílené zákazem, který vyvolalo a odkrylo, jej obchází tím, že jej činí mnohem naléhavějším; dodává mu vědecká a společenská ospravedlnění, vepisuje do něj nutnost, aby bylo možné lépe předstírat jeho vyloučení z oblasti etiky a na jeho základě vybudovat strukturu, která jej v jeho udržování přesahuje. Kontaktu již nadále nebrání ostych, nýbrž špína a chudoba; nikoli nevinnost, nýbrž ošklivost těla. Vyšetřování poslechem je bezprostředně „nepříjemné nejen pro pacienta, ale také pro lékaře; jedině, co téměř úplně brání jeho praktikování v nemocnicích, je znechucení; pro většinu žen, a pro některé obzvláště, jej lze jen stěží navrhnout, neboť objem jejich prsů je fyzickou překážkou jeho provádění“. Stetoskop je měřítkem zákazu, transformovaného ve znechucení a materiální překážku: „Roku 1816 jsem se zabýval mladou osobou, která vykazovala symptomy onemocnění srdce a u níž vyšetření přikládáním ruky a poklepem přinášelo chabé výsledky v důsledku značné tloušťky. Věk a pohlaví nemocné mi nedovolovaly provést způsob vyšetře-

37 Zimmermann, *Traité de l'expérience médicale*, díl II, s. 8.

38 F.-J. Double, *Sémiologie générale*.

ní, o němž jsem právě mluvil (přiložení ucha v krajině srdeční), vzpomněl jsem si však na dobře známý akustický jev: přiložíme-li ucho k jednomu konci hůlky, můžeme velmi přesně slyšet i lehké ťuknutí na konci druhém.³⁹ Stetoskop, zpevněná distance, přenáší hluboké a neviditelné události podél napůl taktilní, napůl auditivní osy. Instrumentální mediace z vnějšku těla autorizuje odstup, jímž se měří morální distance; zákaz fyzického kontaktu umožňuje fixovat virtuální obraz toho, co se děje hluboko pod viditelným povrchem. Vzdálenost studu je pro to, co je skryté, plátnem projekce. To, co *nelze* vidět, se ukazuje v distanci toho, co se *nesmí* vidět.

Takto vyzbrojený lékařský pohled zahrnuje více, než co říká pouhé slovo „pohled“. V jedinečné struktuře spojuje rozmanitá senzorická pole. Trojice vidění–dotyk–poslech definuje perceptivní konfiguraci, kde je nepřístupná choroba obklíčena značkami, zaměřena v hloubce, vytažena na povrch a virtuálně promítnuta na orgány, rozptýlené po těle. „Letmý pohled“ se stává komplexní organizací za účelem prostorového určení neviditelného. Každý smyslový orgán získává částečnou instrumentální funkci. A oko jistě nemá tu nejdůležitější funkci; co jiného může pohled zahrnovat než „tkáň pokožky a počátek membrán“? Dotek, ten umožňuje vyznačit viscerální nádor, skirotické masy, otoky vaječníku, rozšíření srdce; pokud jde o ucho, tím můžeme vnímat „chřestění úlomků kostí, šelestění výdutí, více či méně zřetelné zvuky hrudníku a břicha při jejich proklepávání“;⁴⁰ lékařský pohled je od této chvíle vybaven vícesmyslovou strukturou. Pohled, který se dotýká, naslouchá a nadto, nikoli ze své podstaty či nutnosti, vidí.

Jednou není vždy; budu cítovat historika medicíny: „Jakmile je možné pomocí ucha či prstu rozeznat na živém těle to, co se dříve pitváním odkrývalo na mrtvole, vydávají se popis chorob a následná terapie zcela novým směrem.“⁴¹

39 R. Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate*, díl I, s. 7–8.

40 A.-F. Chomel, *Eléments de pathologie générale*, Paris, 1817, s. 30–31.

41 Ch. Daremberg, *Histoire des sciences médicales*, Paris, 1870, díl II, s. 1066.

Nesmíme však přehlížet to podstatné. Taktilní a auditivní dimenze nebyly prostě jen přiřazeny k doméně vidění. Sensorická triangulace, neodmyslitelná od anatomicko-klinického vnímání, spočívá stále na dominantním znaku viditelného: především proto, že toto multisenzorické vnímání je pouze způsobem anticipace triumfu pohledu, jímž se stane pitva; ucho a ruka jsou jen provizorní orgány, jsou dočasnou náhražkou toho, co teprve smrt vynese na pravdu zářivě přítomnosti viditelného; jde o vyznačování v rámci *žívota*, tedy *noći*, aby se indikovalo to, čím se věci stanou v bělostném jasu smrti. A především, změny odkryté anatomii se týkají „formy velikosti, pozice a směřování“ orgánů nebo jejich tkání:⁴² to znamená prostorových daností, které právem patří od počátku pohledu. Když mluví Laënnec o alteracích struktury, nejde nikdy o něco, co by bylo pod obzorem viditelnosti, dokonce ani o něco, co by bylo vnímatelné jemným dotykem, ale vždy o řešení kontinuity, akumulace tekutin, abnormální nárůsty či záněty, signalizované otokem tkáně či jejím zarudnutím.⁴³ V každém případě jsou absolutní hranice a hloubka perceptivního zkoumání vždy zakresleny na jasné rovině viditelnosti, přinejmenším virtuální. „Je to spíš obraz, který si malují,“ říká Bichat, když mluví o práci anatomů, „spíš věci, které se učí. Musejí se více dívat, než meditovat.“⁴⁴ Když Corvisart poslouchá srdce, které špatně funguje, Laënnec vysoký hlas, který se chvěje, vidí svým pohledem, který tajně jejich naslouchání pronásleduje a v pozadí je podněcuje, hypertrofii či vnitřní krvácení.

Lékařský pohled se tak po objevení patologické anatomie ukazuje jako zdvojený: existuje lokální a lokalizující pohled, hraniční pohled dotyku a poslechu, který pokrývá pouze jedno ze smyslových polí a nedosahuje nikam dál za viditelné povrchy. Ale existuje také absolutní pohled, pohled absolutně integrující, který

42 X. Bichat, *Essai sur Desault*, in: *Oeuvres chirurgicales de Desault*, 1798, díl I, s. 10 a 11.

43 Laënnec, *Dictionnaire des Sciences médicales*, sv II, článek Anatomie pathologique, s. 52.

44 X. Bichat, *Essai sur Desault*, in: *Oeuvres chirurgicales de Desault*, 1798, díl I, s. 11.

ovládá a zakládá všechny perceptivní zkušenosti. Tento pohled strukturuje do svrchované jednoty to, co náleží k hlubší rovině oka, sluchu a hmatu. Když lékař pozoruje všemi svými otevřenými smysly, zcela jiné oko je upřeno na základní viditelnost věcí a skrze transparentní danost života, na niž jsou jednotlivé smysly nepřímou omezeny, směřuje bez klamu či vytáček k jasné stálosti smrti.

Strukturou současně perceptivní i epistemologickou, která řídí klinickou anatomii a veškerou medicínu, jež se od ní odvozuje, je tato *neviditelná viditelnost*. Pravda, která je svým přirozeným právem stvořena pro oko, je mu odebrána, ale zároveň pokradmu odhalena tím, co se mu snaží uniknout. Vědění se *rozvíjí* v souladu s celou hrou *zabalování*; skrytý prvek přebírá formu a rytmus skrytého obsahu, což znamená, že samotnou povahou *závoje* je být *průhledný*:⁴⁵ cíl anatomů „je dosažen, když jsou již temné obaly, které zakrývají naše části, pro jejich cvičené oči pouhým průhledným závojem, který je nechává odkryt celek a jeho vztahy“.⁴⁶ Jednotlivé smysly číhají za těmito obaly, mají tendenci je obejít či je nadzdvihnout; jejich živá zvědavost vynalézá tisíce prostředků až k tomu, že si bezostyšně poslouží ostychem (jak o tom svědčí stetoskop). Ale absolutní oko vědění už konfiskovalo a pohltilo ve své geometrii linie, povrchy a objemy, chraplavé či pronikavé hlasy, hvízdání, záškuby, hrubé i jemné pokožky, výkřiky. To je svrchovanost viditelného. Je o to panovačnější, že se asociuje s mocí smrti. To, co skrývá a zahaluje, závoj noci zavěšený nad pravdou, je paradoxně život; a smrt naopak vyvádí na světlo dne temnou schránku těla: matný život, průzračná smrt, nejstarší imaginární hodnoty západního světa se zde kříží ve zvláštním opačném smyslu, jenž je pravým smyslem patologické anatomie, jestliže jej přijmeme jako civilizační fakt téhož řádu, a proč ne,

45 Tato struktura se v žádném případě nedatuje do počátku 19. století; ve svých obecných obrysech dominovala formám vědění a erotismu v Evropě již od poloviny 18. století a převládala ještě koncem 19. století. Pokusíme se jejímu studiu věnovat později.

46 X. Bichat, *Essai sur Desault*, in: *Oeuvres chirurgicales de Desault*, 1798, díl I, s. 11.

jako je proměna kultury pohřbívající žchem na kulturu pohřbívající do země. Medicína 19. století byla pronásledována tímto absolutním okem, které kadaverizovalo život a nalezlo v mrtvém těle křehkou, potřhanou nervaturu života.

Odedávna komunikovali lékaři se smrtí prostřednictvím velkého mýtu o nesmrtelnosti nebo přinejmenším o postupně ustupujících hranicích existence.⁴⁷ Tito muži, kteří bdí nad životy lidí, nyní komunikují s jejich smrtí jemnou a přísnou formou pohledu.

Toto promítnutí nemoci na absolutní rovinu viditelnosti nicméně poskytuje lékařské zkušenosti temnou základnu, za níž již dále nelze postupovat. To, co neleží ve škále pohledu, spadá mimo oblast možného vědění. Odtud plyne odmítání určitého počtu vědeckých technik, přestože je lékaři v předchozích letech používali. Bichat odmítá dokonce i užití mikroskopu: „Když pohlédneme do temnoty, každý ji vidí svým způsobem.“⁴⁸ Jediný typ viditelnosti uznávaný patologickou anatomii je typ definovaný jako každodenní pohled: viditelnost *de iure*, která v provizorní neviditelnosti obklopuje matnou průsvitnost, a nikoli (jako v případě zkoumání mikroskopem) přirozená neviditelnost, kterou dočasně proráží technika uměle znásobeného pohledu. Určitým způsobem, který se nám zdá zvláštní, ale který je strukturálně nezbytný, se analýza patologických tkání spokojila v průběhu let dokonce s těmi nejstaršími nástroji optiky.

Ještě příznačnější je odmítnutí chemie. Analýza, jak ji prováděl Lavoisier, sloužila nové anatomii jako epistemologický model,⁴⁹ nefungovala však jako technické prodloužení jejího pohledu. V medicíně 18. století existovaly početné experimentální nápady; když šlo o to zjistit, v čem spočívá zánětlivá horečka, provedla se analýza krve: porovnávala se průměrná váha sraženiny a „lymfy, která se od ní oddělila“; prováděla se destilace a měřilo se množství zachycené a těkavé soli, oleje a pudy, jež se nacházelo

47 Srov. ještě koncem 18. století takové texty jako Hufelandova *Makrobiotik oder der Kunst das Leben zu verlängern*, Jena, 1796.

48 X. Bichat, *Traité des membranes*, Paris, rok VIII, s. 321.

49 Viz *vyšše*, kapitola osmá.

u nemocného pacienta a u zdravého jedince.⁵⁰ Na počátku 19. století se tento experimentální aparát vytratil a jediným akceptovaným technickým problémem je zjišťování, zda otevření mrtvého těla pacienta, postiženého zánětlivou horečkou, odkryje viditelné změny či nikoli. „Pro charakterizaci choroboplodného poškození,“ vysvětluje Laënnec, „obvykle stačí popsat jeho fyzické či smyslové charakteristiky a indikovat průběh, který sleduje ve svém rozvoji a ve svých koncích“; nadto máme možnost využít určité „chemické reakce“ za podmínky, že budou velice jednoduché a určené pouze k „odhalení některých fyzických charakteristik“: tak lze zahrát játra nebo lít kyselinu na degeneraci, o níž nevíme, zda je tuková, či bílkovinná.⁵¹

Sám o sobě pohled dominuje celému poli možného vědění; intervence technik, které kladou problém měřítka, substance či kompozice na rovině neviditelných struktur, je vyloučena. Analýza se neprovádí ve smyslu nekonečného prohlubování směrem k nejjemnějším konfiguracím, až k těm anorganickým; v tomto směru narazila analýza příliš brzy na absolutní limit, jež jí předepsal pohled, a odtud, poté co zaujala směr kolmý na ten původní, sklouzla stranou k diferenciaci individuálních kvalit. Na linii, kde je viditelné připraveno být rozpuštěno v neviditelném, na této hraně vytráčení vstupují do hry singularity. Diskurz o jednotlivci je znovu možný, či spíše nezbytný, protože je jediným způsobem, jak se může pohled vyhnout popírání sebe samého, vymazávání se ve figurách zkušenosti, v nichž by byl bezmocný. Princip viditelnosti má za svůj korelát princip různého čtení případů.

Čtení, jehož proces se značně liší od klinické zkušenosti v její prvotní formě. Analytická metoda by brala v potaz „případ“ jedinečně v jeho funkci sémantické opory; formy koexistence či řady, v nichž byl zachycen, u něho dovolují anulovat to, co by mohlo být nahodilé či proměnlivé; jeho čitelná struktura se objevuje pouze v neutralizaci toho, co není podstatné. Klinika byla vědou

50 Langrishovy a Taborovy zkušenosti, citované Sauvagesem, *Nasologie méthodique*, díl II, s. 331–333.

51 R. Laënnec, *Introduction et chapitre I du Traité inédit d'anatomie pathologique*, publikováno V. Cornilem, Paris, 1884, s. 16–17.

případů do té míry, do jaké původně postupovala při eliminaci individualit. V anatomické metodě je individuální vnímání dáno termínem prostorového rozdělení, u něhož stanovuje co nejjemnější a nejdiferencovanější strukturu, strukturu paradoxně nejotevřenější nahodilosti a současně strukturu nejlépe vysvětlující. Laënnec pozoruje ženu, která představuje typické symptomy onemocnění srdce: bledá a opuchlá tvář, nafialovělé rty, otékající dolní končetiny, krátký, zrychlený, přerývaný dech, záchvaty kašle, neschopnost supinace. Otevření mrtvého těla ukázalo plicní tuberkulózu se ztuhlými dutinami a s tuberkuly uprostřed zažloutlými a na okrajích šedými a průsvitnými. Srdce bylo téměř v přirozeném stavu (s výjimkou pravé předsíně srdeční, jež byla značně rozšířená). Avšak levá plíce přiléhala k pohrudnici buněčným srůstem a vytvářela ve svém okolí nepravidelné a sbíhavé pásy; vrchol plíce tvořily poměrně velké a propletené destičky.⁵² Tato jedinečná modalita tuberkulózní poruchy zahrnovala stísněné, poněkud dušné dýchání a oběhové potíže, jež dodávaly klinickému obrazu zřetelně kardiální průběh. Anatomicko-klinická metoda integruje do struktury nemoci trvalou možnost individuální modulace. Tato možnost jistě existovala i v dřívější medicíně: byla však myšlena pouze v abstraktní formě jedincova temperamentu nebo vlivů okolního prostředí či terapeutických intervencí, určených modifikovat zvnějšku patologický typ. V anatomickém vnímání je nemoc vždy dána pouze s určitým „rozptylem“; má od počátku určitou volnost v otázce vzniku, rozvinutí, směřování, intenzity či akcelerace, jež vykreslují její individuální tvar. Nejde tu o dodatečnou odchylku, připojenou k odchylce patologické; nemoc sama o sobě je neustálým odchyláním v rámci své v zásadě odchylující povahy. Neexistuje jiná než individuální choroba: nikoli proto, že individuum reaguje na svou vlastní nemoc, ale proto, že průběh nemoci se odvíjí plným právem ve formě individuality.

Odtud vyplývá také nová flexe dodaná lékařskému jazyku. Nejde již o to uvedením do vzájemně jednoznačné korespondence povýšit viditelné na čitelné a dále jej převést na signifikantní

52 Laënnec, *De l'auscultation médiate*, díl I, s. 72–76.

pomocí univerzality kodifikovaného jazyka, nýbrž naopak o to otevřít slova určitému kvalitativnímu, vždy konkrétnějšímu, individuálnějšímu a příkladnějšímu zjemnění, významu barvy, konzistence, „zrnatosti“, souhlasnému upřednostňování metafory před měřítkem (velký jako..., o velikosti typu...); jde o ocenění snadnosti či obtížnosti jednoduchých operací (roztrhnout, rozdrtit, stlačit); o hodnotu mezismyslových kvalit (hladký, mazlavý, hrbolatý); o empirická srovnání a odkazy ke každodennímu či normálnímu stavu (jež jsou lépe zakotvené než odkazy k přirozenému stavu, zprostředkovanému vnímáním „mezi vlhkým močovým měchýřem, zpola naplněným vzduchem, který lze stisknout mezi prsty, a přirozeným chřestěním zdravé plicní tkáně“).⁵³ Nejde již o to uvést do korelace perceptivní sektor a sémantický prvek, ale úplně jazyk obrátit zpět směrem k této oblasti, kde vnímané ve své jedinečnosti hrozí uniknout formě slova a stát se nakonec nepostřehnutelným kvůli nemožnosti vyslovit je. Ačkoli tedy *objevit* nebude již znamenat *převést* nakonec pod neuspořádaností esenciální koherenci, nýbrž posunout o malý kus dál zpěněnou hranici jazyka, zavést ji dále do tohoto písčitého království, které je stále ještě otevřené jasnosti vnímání, ale nikoli již familiární promluvě. Zavést jazyk do tohoto pološera, kde pohled již nemá slov. Je to tvrdá a vyčerpávající práce: práce, která *ukazuje*, tak jako Laënnec jasně ukázal vedle masy nepřehledných karcinomů první ciotická játra v dějinách lékařského vnímání. Mimořádná formální krása textu spojuje v jednom pohybu vnitřní práci jazyka, který pronásleduje vnímání vši silou svého stylistického hledání a získává dosud nevídanou patologickou individualitu: „Játra, redukována na třetinu svého objemu, se nacházela takřka- jíc skrytá v oblasti, kterou obvykle zaujímají; jejich vnější povrch, lehce bradavčitý a vyčerpaný, působil mírně šedavou zažloutlostí; po rozříznutí se zdálo, že se celá skládají z množství drobných zrněk kulatého či oválného tvaru, jejichž rozměr se různí od velikosti prosného zrna po semeno konopí. Tato zrna, snadno od sebe oddělitelná, mezi sebou nezanechávala téměř žádné místo, v němž by bylo ještě možné rozlišit nějaké zbytky původní tkáně

53 *Tamtéž*, s. 249.

jater; měla plavou nebo rezavě žlutou barvu, na okrajích přecházející do nazelenalé; jejich tkáň, značně vlhká a matná, byla na omak spíš splasklá než měkká a při stisknutí zrnek mezi prsty byla jen malá část rozmačkána, zbytek působil dojmem kousku jemné kůže.⁵⁴

Anatomicko-patologické vnímání organizuje figura viditelného neviditelná. Jak ale vidíme, v převrácené struktuře. Jde o *viditelné*, které živoucí individualita, překřížení symptomů a organická hloubka činí ve skutečnosti a na určitou dobu neviditelné, dokud se jej suverénně znovu nezmocní anatomický pohled. Jde však také o toto *neviditelné* individuálních modulací, jehož rozpletení se zdá nemožné dokonce takovým klinikům jako Cabanis⁵⁵ a jež úsilí rozřezávajícího, trpělivého a nahlodávajícího jazyka nakonec přivádí k obecné jasnosti toho, co je pro všechny *viditelné*. Jazyk a smrt pracovaly na každé rovině této zkušenosti a v celé její šíři, aby nakonec nabídly vědeckému vnímání to, co pro něj zůstávalo po dlouhou dobu viditelnou neviditelností – zakázané a hrozivě blízké tajemství: vědění o jednotlivci.

Jednotlivec není počáteční a nejvyhraněnější formou, v níž se prezentuje život. Koneckonců je vědění předkládán až na samém konci dlouhého hnutí spacializace, jehož rozhodujícími nástroji byly určité užívání jazyka a obtížná konceptualizace smrti. Bergson to naprosto nepochopil, když hledal v čase a navzdory prostoru v němém uchopení vnitřku, v šílené jízdě směrem do nesmrtnosti podmínky, za nichž lze myslet živého jedince. Bichat o století dříve poskytl mnohem přísnější lekci. Starý zákon aristotelismu, který zakazoval vést o individuu vědecký diskurz, byl odvolán v jazyce, kde smrt našla místo svého pojmu: prostor se tak otevřel pohledu diferencované formy individua.

V souladu s řádem historické návaznosti postupovalo toto uvedení smrti do vědění dále: konec 18. století opět uvedl na scénu téma, které od dob renesance zůstávalo v pozadí. Vidět v životě smrt, nehybnost v její změně a na konci oné doby i počátek

54 *Tamtéž*, s. 368.

55 Viz výše.

rozvráceného času, který zahýbal bezpočtem životů, to je práce jedné zkušenosti, jejíž znovuoobjevení zajistilo čtyři sta let po freskách Campo Santo předcházející století. Nebyl Bichat ve skutečnosti současníkem toho, kdo do zcela diskurzivního jazyka náhle uvedl erotismus a jeho nevyhnutelný moment, smrt? Erotismus a vědění při této koincidenci znovu popírají svou hlubokou příbuznost. Po celý konec 18. století připravovala tato příslušnost smrt na její úkol, na nekonečná doporučení jazyka. Devatenácté století bude tvrdší hovořit o smrti: divoká a vykastovaná smrt Goyova, viditelná, svalnatá, skulpturní smrt u Géricaulta, požitkářská smrt požárů u Delacroixe, lamartinovská smrt bažinatých vývěřů, smrt Baudelairova. Poznat život je dáno pouze krutému, reduktivnímu a již pekelnému vědění, které touží jen po jeho smrti. Je to pohled, který obaluje, laská, rozsekává na kousky a anatomizuje to nejindividuálnější tělo a odhaluje jeho skryté kousance, tento pevný, pozorný pohled s mírně rozšířenými zorničkami, který z výšin smrti již odsoudil život.

Ale vnímání smrti v životě nemá v 19. století stejnou funkci jako v renesanci. Tehdy přinášela reduktivní významy: rozdíl v osudu, ve štěstí, v životních podmínkách byly stírány jejím univerzálním gestem; neodvolatelně vrhala každého proti všem; tance kostlivců ztvárňovaly, na rubu života, jistý druh egalitářských saturnálií; smrt nevyhnutelně vyvažovala osud. Nyní je naopak konstitutivním prvkem singularity; právě ve smrti se individuum znovu sjednocuje, uniká monotónnímu životu a jeho nivelizaci; v pomalém, napůl podzemním, ale již viditelném přibližování se smrti se němý lhostejný obyčejný život nakonec stává individualitou; temný obrys ji izoluje a dodává její pravdě styl. Odtud plyne význam morbidity. *Makabrážnost* implikuje homogenní vnímání smrti, jakmile je její práh překročen. *Morbidity* autorizuje subtilní vnímání způsobu, jímž život nalézá ve smrti svou diferencovanější figuru. *Morbidity* je rozředěná forma života v tom smyslu, že existence se v prázdnotě smrti vyčerpává, rozplývá; ale také v jiném smyslu, že až ve smrti nabývá existence svůj zvláštní obsah, neredukovatelný na konformitu a zvyklosti, na přijímané nezbytnosti; *singulární* obsah, který definuje její absolutní vzácnost. Privilegium souchotináře: dříve se lepra spojovala s pozadím

velkých kolektivních trestů; člověk 19. století se nakazil tuberkulózou, aby tím vyplnil, v oné horečce, která stíhá věci a zrazuje je, své nesdělitelné tajemství. Proto jsou nemoci hrudníku naprosto stejné povahy jako nemoci lásky; jsou vášnivým utrpením, životem, jemuž smrt dodává tvář, kterou nelze změnit.

Smrt opustila své tragické nebe a stala se lyrickým jádrem člověka: jeho neviditelnou pravdou, jeho viditelným tajemstvím.