



La fabrique des prodiges

Théorie et stratégies du diagnostic chez Galien

Julien Devinant

Volume 77, numéro 2, juin 2021

La clinique ancienne et ses écritures

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090555ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090555ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté de philosophie, Université Laval

Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval

ISSN

0023-9054 (imprimé)

1703-8804 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Devinant, J. (2021). La fabrique des prodiges : théorie et stratégies du diagnostic chez Galien. *Laval théologique et philosophique*, 77(2), 205–219.

<https://doi.org/10.7202/1090555ar>

Résumé de l'article

Les diagnostics prodigieux sur lesquels Galien a construit sa renommée révèlent une conception très verticale de la relation de soin, qui laisse peu de place à l'interrogatoire. Cet état de fait a souvent été rapporté à un souci d'afficher sa virtuosité dans le contexte compétitif de la pratique médicale impériale. Cet article reprend et précise les analyses existantes sur le sujet en montrant que des considérations théoriques et thérapeutiques, complémentaires mais plus fondamentales, doivent aussi être prises en compte. La clinique galénique se laisse ainsi analyser sur trois niveaux, comme performance publique, comme procédé théorique, puis comme activité pratique dépendant des aptitudes et dispositions de chaque malade.

LA FABRIQUE DES PRODIGES

THÉORIE ET STRATÉGIES DU DIAGNOSTIC CHEZ GALIEN

Julien Devinant

Centre Léon Robin
Université Paris-Sorbonne

RÉSUMÉ : *Les diagnostics prodigieux sur lesquels Galien a construit sa renommée révèlent une conception très verticale de la relation de soin, qui laisse peu de place à l'interrogatoire. Cet état de fait a souvent été rapporté à un souci d'afficher sa virtuosité dans le contexte compétitif de la pratique médicale impériale. Cet article reprend et précise les analyses existantes sur le sujet en montrant que des considérations théoriques et thérapeutiques, complémentaires mais plus fondamentales, doivent aussi être prises en compte. La clinique galénique se laisse ainsi analyser sur trois niveaux, comme performance publique, comme procédé théorique, puis comme activité pratique dépendant des aptitudes et dispositions de chaque malade.*

ABSTRACT : *Galen built his fame on a series of stunning diagnoses in which he takes a very top-down approach to the doctor-patient relationship and leaves little room for questioning. This has often been interpreted as a way to assert his skills and authority in the competitive context of imperial medical practice. This paper refines existing analyses on the topic, showing that there are other more fundamental reasons for this, from both a theoretical and therapeutic point of view. Galen's clinical practice is thus studied on three different levels : as a public performance, as a theoretical procedure, and as a practical activity depending on the aptitudes and dispositions of each patient.*

INTRODUCTION (LE CAS DU CONFRÈRE SICILIEN)

Loin de dépendre des seules connaissances et compétences intellectuelles du médecin, le raisonnement clinique¹ repose sur tout un ensemble de considérations extérieures et d'événements fortuits : qui est présent ? à quel moment le diagnostic se déroule-t-il ? que saisit le patient de son mal ? Non seulement, donc, la collecte et l'analyse des données cliniques sont indissociables², mais la manière d'obtenir des

1. Voir en particulier H.D. BRAUDE, « Clinical Reasoning and Knowing », dans J.A. MARCUM, dir., *The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine*, Londres, Bloomsbury Academic, 2017, p. 323-342.

2. Cela influe sur le type de raisonnement mis en jeu, comme le recours à l'abduction ou la mise en œuvre d'une logique floue. Sur ces questions actuelles d'épistémologie du diagnostic médical, voir : D.E. STANLEY, D.G. CAMPOS, « The Logic of Medical Diagnosis », *Perspectives in Biology and Medicine*, 56, 2 (2013), p. 300-315 ; ou encore, K. SADEGH-ZADEH, « Fundamentals of Clinical Methodology : 4. Diagnosis », *Artificial Intelligence in Medicine*, 20, 3 (2000), p. 227-241.

informations influe sur leur nature, et ce que l'on sait ou croit savoir oriente la recherche des signes et façonne les conclusions qu'on en tire. C'est cette tension entre les dimensions d'exercice mental et de performance publique qu'il s'agit ici d'explorer en interrogeant la manière dont elles s'articulent dans la pratique de Galien.

Son œuvre est en effet émaillée de récits de cas visant par leur aspect sensationnel à mettre en valeur ses qualités diagnostiques ; et ces derniers ont beaucoup fait pour asseoir sa réputation, non seulement dans la société romaine de son temps, mais dans l'histoire de la médecine. Remaniées, imitées, adaptées à des fins diverses, les anecdotes galéniques ont exercé une influence considérable sur la manière non seulement de présenter mais de concevoir la pratique médicale : pour des générations de médecins, au moins jusqu'au retour du modèle hippocratique à la fin de la Renaissance, ces anecdotes, élevées au rang d'*exempla*, ont ainsi constitué le modèle à suivre dans la clinique³.

Or si l'élément de spectacle explique certainement que les récits de Galien aient acquis valeur de paradigme, on imagine mal qu'il n'interfère pas avec l'établissement du diagnostic lui-même. Prenons l'exemple du confrère sicilien qui se croyait atteint de pleurésie (*Loc. aff.* 5.8 [VIII.361, 1-367, 4 Kühn]). Galien raconte que lors de son premier séjour à Rome, il s'est assuré l'admiration du philosophe Glaucôn qui, pour le mettre à l'épreuve, l'avait inopinément invité à venir se pencher sur le cas d'un confrère médecin du voisinage. En entrant, il voit par hasard un serviteur emporter le pot de chambre du malade, dont le contenu se trouve être très caractéristique ; comme Galien l'indique à son lecteur, son diagnostic est d'ores et déjà établi : il a affaire à une affection du foie. Mais il ne dit rien. Il s'approche du malade et lui prend le pouls : son objectif est de déterminer si l'affaiblissement de l'organe est compliqué

3. Une telle influence est visible par exemple chez Joannes Actuarius (voir P. BOURAS-VALLIANATOS, « Case Histories in Late Byzantium : Reading the Patient in John Zacharias Aktouarios' *On Urines* », dans G. PETRIDOU, C. THUMIGER, dir., *Homo Patiens. Approaches to the Patient in the Ancient World*, Leyde, Brill, 2016, p. 390-409), al-Rāzī (voir C. ÁLVAREZ-MILLÁN, « Graeco-Roman Case Histories and their Influence on Medieval Islamic Clinical Accounts », *Social History of Medicine* 12, 1 [1999], p. 19-43) ou encore dans la médecine de la Renaissance (voir G. POMATA, « *Praxis Historialis*. The Uses of *Historia* in Early Modern Medicine », dans ID., N.G. SIRAI, dir., *Historia. Empiricism and Erudition in Early Modern Europe*, Cambridge, MIT Press, 2005, p. 105-146, en particulier p. 122-127). Un bon exemple d'anthologie du diagnostic galénique est le frontispice de l'édition latine des *Galenī opera omnia* tel qu'il apparaît à partir de la « première » édition Juntine (Venise, 1541-1542), également reproduit dans l'édition Froben (Bâle, 1561-1562) (voir S. FORTUNA, « The Latin Editions of Galen's *Opera omnia* [1490-1625] and Their Prefaces », *Early Science and Medicine*, 17, 4 [2012], p. 399-407 ; consulter par exemple : <http://mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbv:12-bsb10139512-3>) ; à ce propos, voir M. GADEBUSCH BONDIO, « *Exempla medicorum*. Quelques remarques sur un chapitre négligé de l'histoire de la médecine », dans T. RICKLIN, dir., *Exempla docent. Les exemples des philosophes de l'Antiquité à la Renaissance*, Paris, Vrin, 2006, p. 373-396 et l'analyse qu'elle en donne en relation avec les *Prolegomena in Galenum* de Conrad Gesner dans l'édition Froben (α4r-γ4v). Entre autres épisodes célèbres de la vie de Galien, plusieurs vignettes de ce frontispice présentent des exemples de diagnostics ou traitements prodigieux : les coliques de Marc-Aurèle (*Antonini non febrientis cognitio* ; *Præn.* 11 [126, 16-128, 30 Nutton = XIV.657-660 K.]), l'épistaxis annoncée par un serpent au plafond (*crisis præcognitio* ; *Præn.* 13 [134, 11-136, 3 Nutton = XIV.665-667 K.]), la saignée du jeune athlète (*palestrite curatio* ; *Meth. med.* 9.4 [X.609, 16-613, 13]), la femme de Justus trahie par son pouls (*amantis dignotio* ; *Præn.* 6 [100, 15-102, 27 Nutton = XIV.631-633 K.]) ou encore, le cas du confrère sicilien, qui va ici nous intéresser (*hepatici cognitio* ; *Loc. aff.* 5.8 [VIII.361, 1-367, 4 K.]).

d'une inflammation, ce qui s'avère être le cas. Il se soucie peu de ce que le malade lui dit de l'effort qu'il vient de faire pour expliquer la fréquence de son pouls ; en revanche, ce qui retient son attention, c'est la présence dans la pièce d'un médicament contre la pleurésie. Là encore, il se tait, mais il devine que ce dernier doit éprouver des symptômes qu'on retrouve à la fois dans les pleurésies et dans les inflammations du foie (douleurs à l'hypochondre droit qui irradie en bretelle jusque dans la clavicule, respiration courte et toux sèche). À cet instant Galien n'a pas dit un mot et a seulement pris le pouls du malade ; il entreprend alors de décrire les symptômes du patient les uns après les autres, déclenchant ainsi une clameur d'admiration qui va *crescendo*. Il commence par la localisation de la douleur, dont il est certain puisqu'il sait que le foie est atteint ; il poursuit avec une toux caractéristique, par chance immédiatement corroborée par une quinte du malade ; ne sachant sans doute pas si l'inflammation est encore assez importante, il mentionne ensuite comme un possible développement de l'affection la douleur en bretelle, dont le malade confirme la présence ; enfin il pousse sa chance et force l'admiration de tous en révélant le diagnostic erroné que le malade a lui-même fait de sa propre maladie, toujours sans expliquer d'où il tient tout son savoir.

L'anecdote est bien connue et la scène particulièrement travaillée : sa théâtralité marquée s'explique certainement à la fois par l'enjeu social de la consultation elle-même, où s'entremêlent mondanité et rivalité professionnelle, et l'enjeu rhétorique et d'autopromotion du compte rendu que Galien en donne. Mais si ces dimensions ont été souvent et bien étudiées⁴, on peut encore s'interroger sur la manière dont elles s'articulent avec les impératifs plus proprement médicaux. Car l'objectif de Galien, dans les passages de ce type, n'est pas d'abord ou seulement de se mettre en valeur mais bien aussi d'instaurer, à travers son propre exemple, un modèle scientifique et éthique de pratique médicale⁵. Or, dans cette description qu'il donne de lui-même en clinicien modèle, un élément ressort aussi avec force, c'est le manque de considération accordée au patient. Au chevet de son malade, Galien observe, ausculte, écoute ce qui se dit, mais la dimension intersubjective ne paraît pas pour lui essentielle. Au lieu de construire son diagnostic en coopération avec le patient, il cherche à surprendre en le révélant, comme on sort un atout de sa manche. Il donne l'impression de se jouer de son patient, et, en un sens, de se moquer de lui : il lui cache des choses, ne le questionne pas et ne l'écoute pas quand il lui parle. Le patient paraît conçu comme un objet à déchiffrer, ou tout au plus, il fait partie de son public. Or le rôle essentiel du patient dans l'établissement du diagnostic et la relativité de celui-ci vis-à-vis du contexte de l'examen clinique sont des notions aujourd'hui à la fois largement

4. Voir notamment S.P. MATTERN, *Galen and the Rhetoric of Healing*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2008 ; C. PETIT, *Galien de Pergame ou la rhétorique de la Providence. Médecine, littérature et pouvoir à Rome*, Leyde, Brill, 2018.

5. Sur le caractère très contrôlé des anecdotes biographiques galéniques, voir V. BOUDON-MILLOT, « Galien par lui-même. Les traités bio-bibliographiques (*De ordine librorum suorum* et *De libris propriis*) », dans D. MANETTI, dir., *Studi su Galeno. Scienza, filosofia, retorica et filologia*, Florence, Università degli studi di Firenze (coll. « Opus Libri »), 2000, p. 119-133 ; ou encore C. PETIT, *Galien de Pergame ou la rhétorique de la Providence*, p. 210-256.

admises et régulièrement débattues⁶. Sans surprise, donc, les récits de diagnostics chez Galien ont suscité chez les commentateurs une lecture essentiellement critique mettant en valeur les rapports de pouvoir qui s’y dessinent⁷. Et certes, la fonction sociale de la pratique médicale (afficher sa maîtrise et forger sa renommée) explique bien que, durant l’Antiquité, se soit durablement mise en place une conception verticale du rôle du médecin dans la relation de soin, mais des raisons plus profondes, de l’ordre même de la pensée médicale, entrent également en jeu. Ce sont ces considérations théoriques et pratiques qu’il s’agit ici d’intégrer à l’analyse. Dans cette perspective, après être revenu sur les enjeux professionnels qui unissent le médecin à son public, on présentera la théorie qui sous-tend la méthode diagnostique, conçue comme rapport direct du médecin à la maladie, pour enfin examiner comment la relation du médecin au patient, malgré tout essentielle, s’inscrit elle aussi dans la procédure diagnostique et thérapeutique.

I. LE MÉDECIN ET SON PUBLIC : LES ENJEUX DE LA SIDÉRATION

Dans le cas du confrère sicilien, Galien explique qu’il répond à un défi : il s’agit de se montrer à la hauteur des attentes de Glaucon, qui veut être ébloui et constater par lui-même les prodiges dont la rumeur le dit capable.

J’ai appris hier chez Gorgias et Apelas que tu as fait des diagnostics et des pronostics qui tiennent plus de la divination que de l’art médical (διαγνώσεις τε καὶ προγνώσεις πεποιθησθαί σε μαντικῆς μᾶλλον ἢ ιατρικῆς ἐχομένας), et je désire moi-même mettre à l’épreuve (πειράν σχεῖν) non tant tes propres capacités que celles de l’art médical et voir s’il est bien capable de tels diagnostics et pronostics⁸.

De fait, en de nombreuses autres occasions, Galien explique que son habileté diagnostique lui a valu autant de réactions d’émerveillement que d’incrédulité et de défiance et qu’elle l’a fait passer tour à tour pour un devin, un oracle, un sorcier ou un faiseur de miracles, voire même pour un simple chanceux⁹. Son attitude vis-à-vis de

6. Voir les réflexions d’E.J. CASSELL, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, 2^e éd. révisée et augmentée, Oxford, Oxford University Press, 2004 (en particulier p. 148-163), sur la démarcation entre médecine clinique et science médicale ; plus généralement, cf. J.A. MARCUM, *Humanizing Modern Medicine. An Introductory Philosophy of Medicine*, Dordrecht, Springer, 2008, p. 80-86.

7. Voir S.P. MATTERN, *Galen and the Rhetoric of Healing*, en particulier p. 80-92 ; T.S. BARTON, *Power and Knowledge. Astrology, Physiognomics and Medicine under the Roman Empire*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1994, notamment p. 133-168.

8. *Loc. aff.* 5.8 (VIII.362, 4-8 K.).

9. C’est le sujet central de son traité du *Pronostic* ; dans beaucoup de cas, Galien s’amuse d’être ainsi appelé devin (μάντις ; *Præn.* 7 [106, 21-108, 6 Nutton = XIV.637-638 K.]), oracle d’Apollon (*Præn.* 3 [88, 1-7 Nutton = XIV.618-619 K.]) diseur ou faiseur de miracles (παράδοξολόγος, παράδοξοποιός ; *Præn.* 8 [110, 16-18 Nutton = XIV.641 K.]). Pour lui, c’est un risque à prendre, inévitable dans la mesure où l’art est trop complexe pour être compris de tous (*Dig. puls.* 2.1 [VIII.826, 17-827, 3 K.]) et dû, pour beaucoup, à l’incompétence relative de ses pairs (*Cur. ven. sect.* 17 [XI.301, 4-15 K.]). Il ne fait cependant aucun doute que certains de ses collègues tentent par là de le diffamer (comme ils l’accusent aussi d’ailleurs de jouer de sa chance [τύχη]) ; c’est notamment le cas d’un certain Martianos (peut-être Martialos) : voir *Præn.* 3 [84, 5-10 Nutton = XIV.615 K.] ou *Præn.* 5 [94, 12-19 Nutton = XIV.625 K.]. Voir encore : *Feb. diff.* 2.7 (VII.354, 4-6 K.) ; *In Hipp. Prog. i.a.* 3.12 (337, 13-16 Heeg = XVIII.246 K.) ; *Caus. proc.* 3 § 17-18 (74, 10-26 Hankinson).

cette réputation, qui tient autant du compliment que de l'insulte, est elle-même équivoque, et il ne cherche pas toujours à détromper ses admirateurs, voire parfois il s'amuse à aller dans leur sens¹⁰.

Plusieurs facteurs ont pu être invoqués pour expliquer une telle ambivalence. Il faut en effet voir que le rapprochement entre médecine et divination peut se lire comme une critique sur au moins deux niveaux différents¹¹. De fait, il s'agit d'abord certainement de mettre en doute la probité du pronostic en l'assimilant aux prédictions des faux prophètes, qui maîtrisent le mensonge et la tromperie. Toutefois pour beaucoup la divination est conçue comme une technique efficace et sa légitimité n'est pas en cause¹². La portée de l'accusation est alors bien moindre : la seule imposture serait en effet de jouer sur la confusion des genres de savoirs en prêtant à la médecine le bénéfice de compétences hors de son champ disciplinaire. Ces deux niveaux de lecture paraissent pouvoir rendre compte de l'incomplète distanciation de Galien vis-à-vis de la charge de divination. Ainsi, il est essentiel pour lui de se prémunir contre le soupçon de charlatanerie¹³ ; contre cela, le médecin doit pouvoir revendiquer la technicité de son jugement et montrer qu'il dispose d'un savoir-prédire, supposant une capacité à expliquer pourquoi la prédiction doit se réaliser¹⁴. En revanche, il ne

-
10. Voir à ce propos J. LIGHTFOOT, « Galen's Language of Wonder. Thaumata, Medicine and Philosophy in *On Prognosis and On Affected Parts* », dans G. KAZANTZIDIS, dir., *Medicine and Paradoxography in the Ancient World*, Berlin, Walter de Gruyter, 2019, p. 163-182 ; J. JOUANNA, « Ne pas s'étonner et s'étonner chez Hippocrate et chez Galien », dans J. BOULOGNE, A. DRIZENKO, dir., *L'enseignement de la médecine selon Galien*, Villeneuve d'Ascq, Université Lille 3, 2006, p. 143-155 ; C. PETIT, *Galien de Pergame ou la rhétorique de la Providence*, p. 80-84. ; G.E.R. LLOYD, « Galen's Un-Hippocratic Case-Histories », dans C. GILL, T. WHITMARSH, J. WILKINS, dir., *Galen and the World of Knowledge*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009, p. 125.
11. Sur cette question chez Galien, voir R.J. HANKINSON, « Prédiction, prophétie, pronostic. La Gnoséologie de l'avenir dans la divination et la médecine antique », dans J. KANY-TURPIN, dir., *Signe et prédiction dans l'Antiquité*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2005, p. 147-162 ; et plus récemment P. VAN NUFFELEN, « Galen, Divination, and the Status of Medicine », *The Classical Quarterly*, 64, 1 (2014), p. 337-352 (en notant toutefois que son analyse p. 340-342 ne fait pas justice aux nuances de l'argument de R.J. Hankinson, pour qui le statut douteux de la divination, qui pâtit de la présence de faux prophètes, et sa distinction d'avec la *technē* médicale sont clairement deux questions distinctes). Sur les antécédents hippocratiques de la question, voir également L. EDELSTEIN, « Greek Medicine in Its Relation to Religion and Magic », *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, 5, 3 (1937), p. 201-246 ; G.E.R. LLOYD, *The Revolutions of Wisdom. Studies in the Claims and Practice of Ancient Greek Science*, Berkeley, University of California Press, 1987, p. 38-43.
12. Voir en particulier CICÉRON, *Div.* 1 § 11-12, 34, 72 (7, 8-14 ; 23, 8-16 ; 44, 12-16 Giomini). Sur ces questions cf. R.J. HANKINSON, « Stoicism, Science and Divination », *Apeiron*, 21, 2 (1988), p. 123-160.
13. Si Galien affirme se soucier moins de sa propre réputation que de celle de la médecine (*Præn.* 10 [124, 14-22 Nutton = XIV.655-656 K.]), il se défend malgré tout des accusations de magie (γοητεία) et de charlatanerie (ἀλαζονεία), associées à la divination : voir *Præn.* 1 (70, 1-25 Nutton = XIV.601-602 K.) ; *Simpl. med. temp. fac.* 10.2 (XII.263, 1-11 K.). Il lui arrive d'ailleurs lui-même de formuler ce type de reproches : voir par exemple *Simpl. med. temp. fac.* 6.pr. (XI.792, 11-793, 2 K.) ; et plus généralement V. BOUDON-MILLOT, « Aux marges de la médecine rationnelle. Médecins et charlatans à Rome au temps de Galien (II^e s. de notre ère) », *Revue des Études Grecques*, 116, 1 (2003), p. 109-131.
14. Voir PLATON, *Gorgias* 465a2-6 : c'est parce qu'il est en mesure de rendre raison de ce qu'il fait (et donc de s'enseigner) qu'un art se distingue d'un simple talent empirique. La référence au *Gorgias* apparaît chez Galien par exemple en *Simpl. med. temp. fac.* 2.5 (XI.475, 18-477, 5 K.).

nie pas la validité de la divination elle-même¹⁵, et c'est pourquoi il importe peu de laisser planer le doute aux yeux des profanes.

Au contraire, la dimension de mystère qui entoure son don de clairvoyance est un atout pour attirer l'attention de la haute société romaine. Le climat de compétition dans lequel baigne la pratique médicale au II^e siècle de notre ère joue à cet égard un rôle prépondérant¹⁶. S'il est vrai que la médecine rationnelle continue alors de devoir s'affirmer face à d'autres pratiques thérapeutiques, notamment magiques et religieuses¹⁷, la rivalité entre sectes à l'époque romaine crée une concurrence interne entre médecins qui amplifie encore le besoin de captiver le public. Deux impératifs régissent dès lors le rapport au spectacle de Galien dans sa clinique : susciter d'une part la fascination pour fidéliser sa clientèle et préserver d'autre part le caractère technique de ses conclusions, dont il faut toujours pouvoir montrer qu'elles n'ont rien de sorcier, c'est-à-dire rien de factice.

Ainsi Galien présente-t-il parfois la fascination de son public comme un objectif souhaitable. Il indique même que, dans l'idéal, il faudrait que le médecin se fasse admirer comme un dieu (pour discipliner le malade)¹⁸. Cela ne veut pas dire qu'il faille verser dans l'ostentation ; il critique d'ailleurs formellement ses contemporains qui misent sur leur allure pour impressionner leurs patients¹⁹, et insiste au contraire sur la nécessité pour le médecin d'adopter une tenue, une conduite et une présentation générale tout en modération²⁰. Il y a en effet selon lui des prouesses propres à l'art médical, qu'il suffit de mettre en avant pour obtenir le même effet. C'est là tout le principe de son usage du spectaculaire en clinique : tirer profit des surprises inhérentes au diagnostic, quitte à en théâtraliser l'apparition.

Le cas du confrère sicilien est exemplaire de ce point de vue et tient vraiment de la leçon de prestidigitant. Faire naître l'admiration chez les spectateurs (le patient et

-
15. Voir en particulier *In Hipp. Vict. acut.* 1.15 (25, 21-27, 5 Pirotbelli = XV.442-444 K.), commenté par R.J. HANKINSON, « Prédiction », p. 154-156 ; voir aussi K.M. DEICHGRÄBER, « Ausgewähltes aus der medizinischen Literatur der Antike I », *Philologus. Zeitschrift für Klassische Philologie*, 101 (1957), p. 135-147. On notera également le crédit que Galien accorde aux songes divinatoires : *Lib. prop.* 3.5 (142, 15-18 Boudon-Millot = XIX.18-19 K.) et *Ord. lib. prop.* 4.4 (100, 2-4 Boudon-Millot = XIX.59 K.).
16. Outre T.S. BARTON, *Power and Knowledge*, voir, sur la relation de Galien à la culture agonistique de la seconde sophistique : M.W. GLEASON, « Shock and Awe. The Performance Dimension of Galen's Anatomy Demonstrations », dans C. GILL *et al.*, dir., *Galen and the World of Knowledge*, p. 85-114 ; et plus généralement H. VON STADEN, « Galen and the "Second Sophistic" », dans R. SORABJI, dir., *Aristotle and After*, Londres, Institute of Classical Studies, 1997, p. 33-54.
17. Voir notamment D. GOUREVITCH, « Popular Medicines and Practices in Galen », dans W.V. HARRIS, dir., *Popular Medicine in Graeco-Roman Antiquity : Explorations*, Leyde, Brill, 2016, p. 251-271.
18. *In Hipp. Epid. VI* 4.10 (204, 6-7 Wenkebach = XVIIIB 146 K.) : « car si le malade n'admirait pas [sc. son médecin] comme un dieu, il ne serait pas bien disposé à lui obéir ».
19. Voir en particulier *Præn.* 1 (68, 11-18 Nutton = XIV.600 K.). On trouve le même type de remarques à propos de la flatterie ; par exemple *Opt. med. cog.* 1.8-9 (44, 4-11 Iskandar).
20. *In Hipp. Epid. VI* 4.10 (205, 11-207, 21 Wenkebach = XVIIIB 148-152 K.) ; Galien reprend ici un thème hippocratique : voir HIPPOCRATE, *Decor.* 2-3 (25, 15-24 Heiberg = IX.228 L.) ; voir à ce sujet K.M. DEICHGRÄBER, *Medicus gratus. Untersuchungen zu einem griechischen Arztbild*, Wiesbaden, Steiner, 1970, p. 40-41 ; T.S. BARTON, *Power and Knowledge*, p. 145-146 qui insiste sur la dimension morale de la question.

ceux qui l'accompagnent) est un objectif avoué²¹. Et pour cela, il faut ne pas laisser paraître ce que l'on a vu ni ce que l'on a compris²². Le médecin tire profit à avancer masqué derrière l'apparence du pur technicien (qui va simplement prendre le pouls), à s'effacer de son mieux pour observer le petit théâtre de la chambre du malade. L'ordre et le rythme des révélations ont aussi leur importance : selon que l'annonce remporte plus ou moins de succès, on progresse dans le degré d'incertitude des annonces que l'on va oser faire ; il y a des choses qui se forment avec aplomb et d'autres seulement sous conditions²³. Cela dépasse d'ailleurs même la simple mise en scène du diagnostic et Galien brouille les pistes en mettant sur un même niveau toutes les révélations qu'il est en mesure de faire²⁴.

Autrement dit, il joue pleinement le jeu de l'illusion, et invite à le faire. Cela apparaît encore dans le *Commentaire aux Épidémies d'Hippocrate*, où l'on voit que c'est quand il pose ses questions que le médecin a le plus de chances de faire impression, tout particulièrement s'il est capable d'anticiper sur l'anamnèse en donnant les antécédents et les symptômes ressentis à la place du patient :

Mais encore une fois, [le médecin] montrera l'étendue de son art (ὁποῖός τις ἐστί τὴν τέχνην) au malade et à ceux qui l'entourent, par ses questions mêmes. [...] Car si les questions du médecin coïncident avec ce qui s'est passé et ce qui a été pronostiqué au malade et à son entourage, ils l'admireront aussitôt (θαυμάζουσιν εὐθέως αὐτόν), de même qu'ils auront pour lui peu d'estime, si son interrogatoire va dans le sens contraire de ce qui s'est passé. Mais s'il parvient à mentionner même quelques-unes des choses qui sont arrivées aux malades, avant qu'il ne les ait entendues d'eux (πρὶν ἀκοῦσαι παρ' αὐτῶν), au milieu de la phase d'interrogatoire, il sera admiré²⁵.

Dès lors la question se pose de savoir si Galien cantonne son patient dans le rôle de répondant parce qu'il est plus préoccupé de l'image qu'il pourra donner de lui-même à son public dans le numéro qu'il est en train de réaliser.

-
21. Voir *Loc. aff.* 5.8 (VIII.361, 7-9 K.) : « c'est ainsi que nous nous ménagerons non seulement l'estime mais l'admiration (οὐ μόνον ἐπαινέσθαι ἀλλὰ καὶ θαυμάζεσθαι) de ceux qui nous consultent ». La volonté d'éblouir est plus manifeste ici encore qu'ailleurs dans sa clinique : voir à ce propos V. BOUDON-MILLOT, « Médecins et charlatans », p. 129-131. En règle générale, le goût du spectacle apparaît nettement dans les démonstrations anatomiques (par exemple *Anat. adm.* 8.4 [II.669, 2-16 K.]).
22. *Loc. aff.* 5.8 (VIII.362, 17-18 K.), à propos du pot de chambre : « je fis comme si je n'avais rien vu du tout (ὡς μὴδ' ὄλωσ ἑωρακώς) » ; de même son silence à propos du médicament contre la pleurésie fait croire à Glaucôn — qu'il ne détrompe pas — que le diagnostic initial est « à partir du seul pouls » (*Loc. aff.* 5.8 [VIII.362, 17-18 K.]).
23. *Loc. aff.* 5.8 (VIII.365, 1-9 K.), sur la douleur en bretelle.
24. *Loc. aff.* 5.8 (VIII.365, 10-12 K.) : « Une chose encore, dis-je, pour compléter ma divination ; je vais en effet aussi vous dire l'idée que le malade se fait de l'affection dont il est atteint. »
25. In *Hipp. Epid. VI* 2.45 (117, 4-27 Wenkebach = XVIIA 998-999 K.) ; voir M. LETTS, « Questioning the Patient, Questioning Hippocrates. Rufus of Ephesus and the Pursuit of Knowledge », dans G. PETRIDOU, C. THUMIGER, dir., *Homo Patiens*, p. 89-94. Ici encore, Galien joue sur un thème hippocratique : HIPPOCRATE, *Prog.* 1 (3, 5-6 Jouanna = II.112 L.) où la capacité du médecin à annoncer le passé, le présent et l'avenir lui assure l'admiration (οὕτω γὰρ ἂν τις θαυμάζοιτο δικαίως) et la confiance du malade ; voir J. JOUANNA, « Le statut du *Thauma* chez les médecins de la *Collection Hippocratique* », dans A. THIVEL, dir., *Le miracle grec*, Paris, Les Belles Lettres, 1992, p. 223-236, G.E.R. LLOYD, *The Revolutions of Wisdom*, p. 40-41.

II. LE MÉDECIN ET LA MALADIE : LA MÉTHODE DIAGNOSTIQUE

À l'en croire, cependant, c'est l'identification de la maladie qui prime chez lui ; et s'il est parfois possible de faire abstraction du témoignage du patient, il faut que le médecin soit compétent et que le cas s'y prête. Car malgré toute son insistance sur ses qualités de prestidigitateur, Galien n'en est pas moins soucieux d'indiquer, à son lecteur comme à ceux qu'il tient en estime, le rôle accessoire de la dimension de performance de ses diagnostics. L'occasion de briller n'est jamais pour lui qu'un avantage additionnel d'une bonne maîtrise de la méthode médicale.

Tout dépend en effet de savoir à qui il s'adresse. S'il ne le dit pas toujours sur le moment, il se moque ensuite souvent de la crédulité de ses admirateurs, incapables de comprendre que ses découvertes s'appuient sur un savoir médical, qui peut s'écrire, se transmettre, et se trouve accessible à tous ceux qui en ont le courage et les compétences²⁶. Ce sont les profanes et les mauvais médecins qui s'extasient de ses prouesses, mais elles-mêmes n'ont rien de véritablement extraordinaire²⁷. Il convient en effet de remarquer que, contrairement à l'habitude répandue, les récits de diagnostics fantastiques de Galien ne devraient pas être extraits de leur contexte et mis en vignettes, car cela efface leur dimension pédagogique fondamentale²⁸. Leur rôle est en effet avant tout de mettre en évidence les difficultés du diagnostic et les éléments à retenir pour les surmonter.

Ainsi, sans entrer dans le détail de sa méthode, on peut relever plusieurs caractéristiques importantes pour sa clinique²⁹. Il faut d'abord voir que le recueil des

26. Sur cet idéal intellectuel galénique, alliant intelligence naturelle, amour de la vérité, goût de l'effort et beaucoup d'entraînement, voir *i.a. Const. art. med.* 6.9-12 (70, 23-72, 15 Fortuna = 1.244-245 K.) ; *Opt. med.* 3.4 (289, 18-290, 2 Boudon-Millot = 1.59 K.).

27. L'accusation de divination repose fondamentalement sur une incompréhension ; voir *Opt. med.* 1 (285, 12-18 Boudon-Millot = 1.54-55 K.). Galien n'est d'ailleurs pas avare d'explications souvent assorties d'indications bibliographiques, comme pour son pronostic d'épistaxis (*Præn.* 13 [138, 4-6 Nutton = XIV.669 K.]), ou dans le cas d'Eudème (*Præn.* 3 [86, 8-30 Nutton = XIV.617-618 K.]), celui du fils de Boéthos (*Præn.* 7 [108, 24-110, 12 Nutton = XIV.639-641 K.]) ou encore ceux de Sextus et de Commode (*Præn.* 10 [124, 31-126, 15 Nutton = XIV.656-657 K.] : « le pronostic n'a rien de surprenant (οὐδὲν ἐχούσης θαυμαστὸν) » ou plutôt il paraît tel pour les ignorants « mais en réalité il n'en est rien (ἀλλ' οὐ τοιαύτη γὰρ κατ' ἀλήθειαν ἦν) »). À ce sujet, voir J. LIGHTFOOT, « Galen's Language of Wonder », p. 173-178, bien que sa longue analyse du cas de Marc Aurèle (*Præn.* 14 [142, 9-14 Nutton = XIV.673 K.]) soit certainement erronée (qu'il s'agisse de l'empereur n'en fait pas un cas à part ; ce que Galien explique, c'est que *comme dans le cas qui précède* le diagnostic est vraiment virtuose et demande une maîtrise *totale* de la sphymologie).

28. Le récit de cas chez Galien n'est pas conçu comme un compte rendu autonome, mais vise toujours à illustrer un argument ; voir à ce propos D. GOUREVITCH, « L'insegnamento medico di Galeno. Perché narra casi clinici », *Medicina nei secoli, n.s. Arte e scienza. Giornale di storia della medicina*, 16, 2 (2005), p. 253-276 ; G.E.R. LLOYD, « Galen's Un-Hippocratic Case-Histories » ; ou encore C. PETIT, *Galien de Pergame ou la rhétorique de la Providence*, p. 112-162, sur le fait que le récit de cas est indissociable de son contexte.

29. Sur la méthode diagnostique de Galien, voir : L. GARCÍA BALLESTER, « Galen as a Clinician. His Methods in Diagnosis », dans W. HAASE, éd., *Aufstieg und Niedergang der römischen Welt*, II, 37.2, Berlin, New York, Walter de Gruyter, 1994, p. 1636-1671 ; S. FORTUNA, « Il metodo della diagnosi in Galeno (*De locis affectis* VIII 1-452 K.) », *Elenchos. Rivista di studi sul pensiero antico*, 22, 2 (2001), p. 281-304 ; ou encore V. NUTTON, « Galen at the Bedside: the Methods of a Medical Detective », dans R. PORTER,

symptômes est ordonné à la recherche d'une réalité cachée. Tout l'enjeu du diagnostic, pour Galien, est de parvenir à passer du visible à l'invisible, à reconstituer par la pensée un monde intérieur inaccessible à l'observation³⁰. Le médecin, équipé de connaissances indispensables en anatomie, vise à déterminer par le raisonnement³¹ le lieu et la nature de la perturbation. Sous son regard, les συμπτώματα, les anomalies (lésions fonctionnelles et autres manifestations sensibles, comme les excréments, les excroissances, les douleurs, les changements de forme ou d'aspect)³² se transforment donc en signes de la disposition des parties internes responsable des troubles présentés par le patient³³.

Or ce qu'il faut ensuite noter, c'est que ces signes n'ont pas tous la même valeur³⁴, ce que, précisément, l'art médical est en mesure de codifier et de consigner. Ils ont, en effet, des propriétés différentes : certains signes renvoient directement à un organe, d'autres à une sorte de cause et donc à une sorte d'affection, et d'autres ne prennent sens qu'au sein d'un tableau clinique déterminé³⁵. Et ils ont surtout un poids diagnostique variable. Typiquement, la lésion fonctionnelle est un symptôme toujours fiable, permettant d'établir une liaison nécessaire avec la cause de la maladie³⁶. C'est pourquoi le regard du médecin est aussi fondamentalement sélectif et focalisé sur la découverte du signe pertinent.

On comprend alors mieux l'apparente désinvolture de Galien dans le cas du confrère sicilien, qui s'explique avant tout par l'extrême facilité du diagnostic, puisqu'un signe pathognomonique lui est offert avant même d'entrer dans la chambre. L'aspect des selles du patient, qui présentent « un sérum sanguin ténu » (λεπτὸν αἵματος ἰχῶρα) semblable à la substance qui recouvre la viande fraîche, est, dit-il, « un signe très sûr d'une affection du foie (βεβραϊότατον σημεῖον ἥπατος πάσχοντος)³⁷ ». Il

W.F. BYNUM, dir., *Medicine and the Five Senses*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p. 7-16 (qui pose d'ailleurs l'exemple de Galien comme un archétype du diagnostic dans l'Antiquité).

30. Voir en particulier *Loc. aff.* 1.1 (226, 8-14 Gärtner = VIII.1-2 K.). Là encore, Galien s'inscrit dans la lignée d'Hippocrate : *Art.* 11.1-7 (237, 4-239, 3 Jouanna = VI.18-22 L.) ; voir J. JOUANNA, *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992, p. 409-452.

31. À cet égard, voir notamment les remarques de L. GARCÍA BALLESTER, « Galen as a Clinician », p. 1667-1669 sur l'usage de l'analogie.

32. *Loc. aff.* 2.10 (368, 6-11 Gärtner = VIII.123 K.). Sur la notion de σύμπτωμα, voir *i.a. Sympt. diff.* 1.21 (210, 16-18 Gundert = VII.51 K.) et plus généralement B. HOLMES, « Medicine and Misfortune. *Symptōma* in Greek Medical Writing », dans ID., K.-D. FISCHER, dir., *The Frontiers of Ancient Science*, Berlin, Walter de Gruyter, 2015, p. 191-209.

33. Galien prend ici position dans une controverse médicale et philosophique post-hellénistique sur l'inférence diagnostique, notamment sur la validité de l'indication (ἔνδειξις) : à ce propos, cf. *i.a. Meth. med.* 4.3 (X.242, 15-249, 19 K.) ; voir en particulier M. FREDE, « On Galen's Epistemology », dans V. NUTTON, dir., *Galen. Problems and Prospects*, Londres, The Wellcome Institute for the History of Medicine, 1981, p. 65-86 ; J. ALLEN, *Inference from Signs. Ancient Debates about the Nature of Evidence*, Oxford, Clarendon Press, 2001.

34. *Cris.* 1.13 (105, 5-17 Alexanderson = IX.607-608 K.) : il faut « examiner la nature exacte de chaque signe (ἐκάστου σημείου τὴν φύσιν) pour pouvoir produire un pronostic en se basant sur la faculté de chacun (ἐκ τῆς δυνάμεως ἐκάστου) » et de ce point de vue, le nombre des signes importe peu.

35. Voir par exemple *Loc. aff.* 2.1 (306, 4-18 Gärtner = VIII.69-70 K.).

36. *Loc. aff.* 2.8 (336, 17-23 Gärtner = VIII.97 K.).

37. *Loc. aff.* 5.8 (VIII.362, 14-17 K.).

indique de manière univoque une atonie de l'organe³⁸, dont il s'agit simplement de déterminer si elle est ou non la conséquence d'une inflammation. Les autres symptômes (douleur en bretelle et difficultés respiratoires) ne sont pas spécifiques à l'affection, et ne peuvent pas même servir à orienter le diagnostic, puisqu'il est déjà posé. Autrement dit, leur seul intérêt est de permettre au médecin de briller.

Lorsque Galien écrit que Glaucon ne l'a pas laissé refuser son invitation ni même le prévenir qu'il pourrait lui falloir plus d'une visite pour donner son avis, ce n'est pas uniquement de la fausse modestie. De fait, son objectif premier, dans ce texte, n'est pas de donner un exemple de diagnostic prodigieux, mais de montrer la fécondité d'une approche méthodique du diagnostic : car pour savoir saisir sa chance³⁹, il faut d'abord connaître la valeur des signes. Et c'est ce qu'il dit clairement en conclusion :

Je vous ai raconté cela pour que vous connaissiez les symptômes particuliers (ἴδια) à chaque affection et ceux qui sont communs (κοινά) à d'autres affections, et puis, outre ceux-là, ceux qui, dans l'un et l'autre cas, adviennent systématiquement (ἀχώριστα), fréquemment, ponctuellement ou rarement (ὡς ἐπὶ τὸ πολὺ, ἀμφιδόξως ἢ σπανίως γιγνώμενα), et que, si la chance (τύχη) vous fournit une occasion du type de celle que j'ai eue alors, vous soyez capable d'en faire habilement usage⁴⁰.

L'expertise du médecin repose donc avant tout sur une approche différenciée des signes. Leur potentiel diagnostic étant variable, sa méthode doit être qualitative, et il ne doit se laisser tromper ni par la force ni par le nombre des symptômes ; au contraire, le propre du médecin compétent est de savoir reconnaître un signe important dès son apparition, alors même qu'il est encore imperceptible pour tout un chacun⁴¹. Il peut ainsi identifier une maladie avant qu'elle ne se développe entièrement et se donner les moyens d'agir à temps. Cela ne veut pas dire que le reste du tableau clinique lui soit indifférent⁴². Simplement, en fonction des diverses situations, l'art lui

38. C'est la marque d'un dysfonctionnement dans la production du sang, qui est la fonction propre du foie — la lésion fonctionnelle permettant ainsi de remonter à l'organe affecté : voir *Loc. aff.* 5.8 (VIII.359, 5-14 K.) et 6.2 (VIII.383, 4-6 K.).

39. En plusieurs occasions, Galien souligne sa chance dans ce cas : *Loc. aff.* 5.8 (VIII.362, 8-14 K.) : « parfois certains des signes sûrs (τινα τῶν βεβαίων σημείων) se manifestent à nous par chance (εὐτυχῶς φαίνεται) et parfois ils sont tous ambigus (ἀμφίβολα) » ; *Loc. aff.* 5.8 (VIII.363, 15-17 K.) ; *Loc. aff.* 5.8 (VIII.365, 1-3 K.).

40. *Loc. aff.* 5.8 (VIII.366, 5-11 K.). T.S. BARTON, *Power and Knowledge*, p. 143. met curieusement en doute la valeur didactique du passage, au prétexte que le diagnostic reposerait en fait sur des compétences extramédicales ; or non seulement connaître un signe hépatique pathognomonique est en soi utile, mais ce qui compte ici est de montrer que tous les symptômes ne se valent pas, ce qui est aussi une leçon médicale importante.

41. *In Hipp. Prog.* 3.11 (336, 17-337, 4 Heeg = XVIII.B.244-245 K.) : « la plus grande différence entre l'expert (τεχνίτης) et celui qui ne l'est pas, c'est cela-même : la perception des petites différences (τὸ μικρῶν αἰσθάνεσθαι διαφορῶν). » Le médecin est alors comme le paysan expérimenté, qui identifie les plantes encore en germe : *Meth. med.* 14.9 (X.976, 2-14 K.) ; *In Hipp. Prorrh.* 1.1 (4, 5-26 Diels = XVI.491-492 K.).

42. D'ailleurs, dans le cas du confrère sicilien, la découverte d'un signe pathognomonique ne met pas un terme au diagnostic : Galien a besoin de prendre le pouls, non pas pour identifier la maladie (l'atonie hépatique) mais ses complications (l'inflammation) : *Loc. aff.* 5.8 (VIII.363, 1-7 K.).

dicte à quel type de symptôme il convient de prêter attention et dans quel ordre, les signes les moins spécifiques servant ainsi essentiellement à moduler le diagnostic⁴³.

Et c'est à ce niveau que la nature individuelle de la relation thérapeutique prend une réelle importance. Les variables propres au patient (âge, habitudes, environnement, différences de force et de sensibilité) affectent en effet souvent le diagnostic — notamment lorsqu'il s'agit de déterminer l'intensité du trouble et dans quelle mesure il s'agit d'une anomalie⁴⁴ ; et il est, en tous les cas, indispensable de les prendre en compte pour adapter le traitement⁴⁵. Toutefois, comme ils ne se laissent saisir ni tous, ni précisément, ils introduisent une part irréductible d'indétermination dans le jugement médical. Certes le médecin dispose de procédures pour tenter d'approcher l'individualité du cas en spécifiant les conditions d'application du diagnostic ; Galien parle alors de conjecture technique (τεχνικός στοχασμός)⁴⁶. Mais il s'agit assurément d'un pis-aller et se démarquer des estimations ordinaires demeure pour lui un enjeu important.

III. LE MÉDECIN ET LE MALADE : LA MÉTHODE D'INTERROGATION

C'est en effet le souci de préserver le caractère technique de ses conclusions qui semble le mieux rendre compte de la manière dont Galien aborde la relation à son patient. De fait, il existe une tradition du diagnostic dans l'Antiquité, qui insiste sur la nécessité d'écouter le malade (lui-même plutôt que son entourage), en comparaison de laquelle le caractère distant et fermé de la clinique galénique paraît manifeste⁴⁷.

-
43. « Au premier contact avec le patient, il faut commencer l'examen de son cas par les [signes] les plus importants (ἀπὸ τῶν μεγίστων σκοπεῖσθαι τὰ κατ' αὐτόν) », le pouls et l'urine, s'agissant d'une fièvre, « et poursuivre aussi par les autres, sans en oublier aucun, si possible, pas même les moindres. Car la plus ou moins grande confiance que l'on accorde à l'indication donnée par les plus importants dépend du renfort des autres ». Voir aussi *Plen.* 11 (76, 26-78, 22 Otte = VII.580-583 K.).
44. Voir notamment *Glauc. meth. med.* 1.1 (XI.2, 13-3, 6 K.) ; *In Hipp. Off. 1.1* (XVIIIb.636, 4-637, 1 K.). C'est ce type de symptômes secondaires qui permet d'identifier, par exemple, une arythmie congénitale (*Præn.* 14 [140, 4-14 Nutton = XIV.671 K.] ou une maigreur par dénutrition (*Temp.* 2.4 [60, 9-61, 6 Helmreich = I.604-605 K.]).
45. Voir *i.a.* : *Puer. epil.* 1 (1, 1-2, 17 Keil = XI.357-359 K.) ; *Glauc. meth. med.* 1.1 (XI.1, 9-2, 4 K.) ; *Meth. med.* 7.13 (X.524, 3-5 K.) ; *San. tu.* 1.7 (16, 33-17, 18 Koch = VI.34-35 K.). Galien, sur ces questions rejoint Aristote (*Metaph. A.*, 981a5-24) ou en tout cas, selon lui, Hippocrate (*Glauc. meth. med.* 1.1 [XI.1, 1-2, 13 K.]). Voir L. GARCÍA BALLESTER, « Galen as a Clinician », p. 1644-1646.
46. L'idéal, inatteignable, serait de saisir le cas dans son individualité (*Meth. med.* 3.7 [X.209, 4-9 K.]) ; mais à défaut on peut tenter de s'en approcher par la conjecture technique (*Loc. aff.* 1.1 [242, 4-7 Gärtner = VIII.14 K.], *Præs. puls.* 1.1 [IX.216, 16-18 K.]), notamment s'agissant des affections internes (*Comp. med. loc.* 2.1 [XII.546, 3-5 K.]). Sur le τεχνικός στοχασμός, voir V. BOUDON-MILLOT, « Art, science et conjecture », dans J. BARNES, J. JOUANNA, dir., *Galien et la philosophie*, Genève, Fondation Hardt, 2003, p. 269-306 ; J. DEVINANT, *Les troubles psychiques selon Galien. Étude d'un système de pensée*, Paris, Les Belles Lettres, 2020, p. 268-270.
47. Voir en particulier RUFUS D'ÉPHÈSE, *Quæst. med.* 1 (24, 1-26, 24 Gärtner) ; et, à ce propos, M. LETTS, « Rufus of Ephesus and the Patient's Perspective in Medicine », *British Journal for the History of Philosophy*, 22, 5 (2014), p. 996-1020 ; ID., « Questioning the Patient ». Voir aussi HIPPOCRATE, *Vet. med.* 2.3 (120, 33-15 Jouanna = I.573-574 L.) : il convient de tout faire pour rester au plus proche de ce que le malade peut dire et concevoir (cf. A. DEBRU, « Médecin et malade dans la médecine hippocratique : interrogation ou dialogue ? », dans P. DEMONT, dir., *Médecine antique. Cinq études*, Amiens, Faculté des Lettres,

Mais la position de Galien vis-à-vis de la parole du patient est plus nuancée qu'on ne pourrait croire : car pour lui l'anamnèse est aussi indéniablement utile au diagnostic (en raison, notamment, de la particularité du cas)⁴⁸ qu'il est difficile d'en garantir la rigueur⁴⁹.

Si l'interrogation du patient n'est certainement pas la dimension du diagnostic qu'il met le plus en valeur, il accorde une réelle importance aux réactions du patient, à ce qu'il perçoit de son mal et à la manière dont il décrit ses symptômes⁵⁰. Toutefois, il ne conçoit pas l'entretien comme un dialogue et il s'efforce de garder le contrôle sur l'orientation de l'échange⁵¹. De fait, la mise à l'écart du patient dans le processus d'établissement du diagnostic ne relève pas d'un manque de considération pour ce qu'il peut apporter, mais d'une volonté de limiter son intervention et plus encore d'un idéal thérapeutique de maîtrise de ses réactions.

Ainsi, pour commencer, les réponses que le médecin obtient ont souvent fonction de validation des hypothèses. Par exemple, certaines affections sont généralement dues à un comportement excessif ou désordonné de la part du patient ; Galien invite alors le médecin à prendre deux fois le pouls, une première fois en silence, puis encore une fois après avoir exposé les supposées incartades de son patient, pour voir s'il est modifié par une telle révélation :

[...] cela donnera un pronostic très sûr et impressionnant (βεβαιοτέραν τε καὶ θαυμασιωτέραν τὴν πρόρρησιν), au point que parfois ceux qui l'entendront penseront, incré-

1991, p. 35-49). La distance du médecin prenant d'emblée le pouls en silence, comme peut le faire Galien, est ouvertement critiquée chez Marcellinus (*Puls.* 5 [459, 126-145 Schöne]) ou encore Celse (*Med.* 3.6.6 [111, 32-112, 4 Marx]); voir à ce sujet O. LEWIS, « The Practical Application of Ancient Pulse-Lore and its Influence on the Patient-Doctor Interaction », dans G. PETRIDOU, C. THUMIGER, dir., *Homo Patiens*, p. 354-356.

48. En cela il prend parti contre les méthodiques, qui refusent selon lui de considérer ce qui ne s'offre pas *hic et nunc* à l'observation : *Sect.* 7 (16, 16-24 Helmreich = I.84-85 K.) ; voir par exemple Caelius Aurelianus, *Morb. acut.* 3.4 § 45 (318, 24-26 Bendz) ; et plus généralement M. FREDE, « The Method of the So-Called Methodical School of Medicine », dans J. BARNES *et al.*, dir., *Science and Speculation. Studies in Hellenistic Theory and Practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982, p. 1-23, en particulier p. 265.

49. Voir en particulier *In Hipp. Vict. acut.* 1.1 (3, 8-4, 2 Pietrobelli = XV.419 K.) où Galien, contre la tradition cniidienne, indique : « il ne suffit pas de ne rien oublier de ce que même les profanes (ἰδιῶται) sont capables de connaître — là n'est pas l'objectif des hommes de l'art (τεχνῖται) — mais encore faut-il noter tout ce qui est utile à la thérapie ; en sorte qu'on a souvent besoin d'ajouter des choses que les profanes ne connaissent pas du tout et d'en retirer beaucoup de ce qu'ils connaissent » ; cf. M. LETTS, « Questioning the Patient », p. 86-93.

50. Comme le montrent bien de nombreux longs récapitulatifs des antécédents : e.g. *Meth. med.* 10.3 (X.671, 12-673, 16 K.) ; *Meth. med.* 12.7 (X.858, 4-859, 4 K.) ; *San. tu.* 6.11 (190, 17-26 Koch = VI.434 K.). Voir à ce propos L. GARCÍA BALLESTER, « Galen as a Clinician », p. 1659-1661, qui présente la tendance à minimiser et condenser l'interrogatoire dans les récits de cas comme la contrepartie de la typification, caractéristique de la médecine post-hellénistique ; voir encore S.P. MATTERN, *The Prince of Medicine. Galen in the Roman Empire*, New York, Oxford University Press, 2013, p. 225-230 ; P. MUDRY, « Les voix de la douleur entre médecins et malades : le témoignage de l'Antiquité », *Pallas*, 88 (2012), p. 21-22.

51. Voir par exemple *Loc. aff.* 1.6 (290, 23-294, 7 Gärtner = VIII.56-58 K.) : seul le médecin qui sait qu'il a affaire à une lésion d'une fonction cérébrale aura l'idée de poser des questions sur un éventuel traumatisme de la moelle épinière face à une perte de sensibilité des doigts. Sur ce cas célèbre, voir encore : *Anat. adm.* 3.1 (II.343, 9-345, 4 K.) ; *Opt. med. cog.* 9.10-11 (106, 9-108, 2 Iskandar).

dules, que ce n'est pas le pouls qui [te] fait dire ce genre de choses, mais que c'est parce que tu en auras été averti par quelqu'un au fait des écarts du malade⁵².

Le principe qui veut que le médecin devance de son mieux le patient dans l'anamnèse prend alors une signification proprement diagnostique, puisqu'il s'agit de faire en sorte que son témoignage n'interfère pas dans le raisonnement et puisse servir à confirmer l'idée qu'il se fait de la nature de l'affection⁵³. Le contrôle des informations venues du patient sert ainsi à renforcer la robustesse des conclusions.

Mais plus généralement c'est la fiabilité des propos du patient qui est cause. Pour éviter une perte voire une distorsion d'informations, il est toujours préférable pour le médecin de recourir directement au témoignage de ses propres sens⁵⁴. À défaut, pour que les propos du patient lui soient utiles (c'est-à-dire susceptibles de le guider), il faut d'abord que ce dernier sache mettre son mal en mots — ce qui suppose qu'il le comprenne. Ainsi par exemple la douleur constitue-t-elle un véritable défi diagnostique du fait de sa résistance à la description verbale ; Galien y voit d'ailleurs une réelle difficulté, et il n'oppose pas à ce propos le discours du spécialiste et celui du profane⁵⁵. En revanche, il distingue entre le patient qui ne comprend pas ce qui lui arrive et celui qui est capable de saisir la cause de ce qu'il ressent et peut donc en parler convenablement : comme il y a de bons et de mauvais médecins, il y a de bons et de mauvais patients⁵⁶.

52. *Præs. puls.* 1.4 (IX.250, 1-6 K.).

53. Voir également *Glauc. Meth. med.* 1.2 (XI.10, 13-16 K.) : « Quant à nous, comme tu le sais, nous essayons de dire de nous-mêmes la cause antécédente, sans attendre de la demander au malade ; disposer d'une telle faculté est le meilleur signe que l'on ne va pas commettre d'erreur ».

54. Voir V. NUTTON, « Galen at the Bedside » ; V. BOUDON-MILLOT, « Le rôle de la sensation dans la définition galénique de la maladie », dans I. BOEHM, P. LUCCIONI, dir., *Les cinq sens dans la médecine de l'époque impériale : sources et développements*, Lyon, Université Jean Moulin, 2003, p. 21-30 ; L. GARCÍA BALLESTER, « Galen as a Clinician », p. 1654-1655. L'approche sensorielle de la maladie apparaît déjà nettement dans la *Collection Hippocratique* : voir J. JOUANNA, *Hippocrate*, p. 419-426.

55. Souvent, les questions de Galien à son patient concernent la douleur : voir e.g. *Glauc. meth. med.* 1.16 (XI.61, 14-18 K.) ; *Comp. med. loc.* 2.1 (XII.545, 3-6 K.). Sa longue critique de la classification des types de douleurs proposées par Archigène (*Loc. aff.* 2.8-9) fait valoir qu'étant donné la part d'indicible dans l'expérience de la douleur, il y a moins de risques à suivre la terminologie commune, si vague et incomplète qu'elle soit, qu'à avoir un discours technique dépourvu d'intelligence. Voir sur ces questions A. ROSELLI, « Come dire il dolore. Galeno e il linguaggio dei medici e dei malati », *Antiquorum philosophia. An International Journal*, 9 (2015), p. 55-68 ; C.A. ROBY, « Galen on the Patient's Role in Pain Diagnosis : Sensation, Consensus, and Metaphor », dans G. PETRIDOU, C. THUMIGER, dir., *Homo Patiens*, p. 304-324 ; R. CHIARADONNA, « Langage ordinaire et connaissance médicale selon Galien », dans C. CRIGNON, D. LEFEBVRE, dir., *Médecins et philosophes. Une histoire*, Paris, CNRS, 2019, p. 129-145.

56. Voir les deux cas d'épilepsie avec aura présentés en *Loc. aff.* 3.11 (VIII.194, 4-18 K.) et (VIII.198, 5-14 K.) où seul le second est suffisamment perspicace (ὄκ ἄρρον) pour saisir et formuler son symptôme : il parle d'une brise froide, identifiant correctement la qualité responsable de l'affection ; voir aussi *Loc. aff.* 5.5 (VIII.335, 4-10 K.). Sur le rôle du témoignage du malade dans ce récit de cas, voir J. PIGEAUD, « Rhétorique et médecine chez les Grecs. Le cas d'Archigène », *Helmantica*, 36, 109-111 (1985), p. 39-48, en particulier p. 47-48 ; D.A. KING, *Experiencing Pain in Imperial Greek Culture*, Oxford, Oxford University Press, 2018, p. 92-95.

Enfin, même à supposer que le malade soit capable de décrire ses symptômes, le risque est encore qu'il refuse de coopérer, par crainte ou esprit de facilité⁵⁷. Dans ce type de cas, Galien n'hésite pas à recourir à de véritables techniques de manipulation, qui, si elles sortent du domaine propre de la médecine, n'en jouent pas moins un rôle dans le processus thérapeutique. Elles sont utiles à l'établissement même du diagnostic, lorsqu'il s'agit, par exemple, de déclencher chez le patient des réactions qui révèlent ce qu'il cache⁵⁸. Mais l'essentiel est de s'assurer que le traitement sera suivi : Galien explique ainsi que l'écoute du patient doit avant tout permettre de se faire une idée de son caractère pour savoir s'il sera à même de réagir comme il faut à l'annonce du pronostic :

Si tu constates que telle personne est bien avisée (φρόνιμος) et surtout si elle n'est pas craintive (δειλός), tu peux tenter de lui dire la vérité (ἀληθεύειν), sans rien cacher de ce qui va se passer durant la maladie ; mais si elle n'est pas bien avisée et craintive, dis-lui tout ce qui pourrait la réconforter en évitant de mentir ouvertement (μηδὲν μέγα ψεύδεσθαι). [...] La plupart des maladies dangereuses emportent les malades qui ne font pas confiance (ἀπειθεῖν) à leur médecin. [Mais] [...] la plupart des gens perdent toute attention (οὐ πᾶνυ κατήκοοι γίνεσθαι) vis-à-vis de leur médecin, lorsqu'ils sont sûrs d'avoir une maladie sans risques⁵⁹.

Dans un contexte où l'offre médicale est foisonnante et empreinte de compétition, le danger est que le patient change de médecin au gré des traitements qui lui sont proposés⁶⁰. À ce niveau les stratégies de persuasion du patient prennent une dimension thérapeutique : circonvenir le patient, en veillant à ne se montrer ni trop alarmiste ni trop réconfortant, c'est aussi encore veiller sur sa santé en lui assurant le plus de chances possible d'une thérapie efficace⁶¹.

CONCLUSION

Lorsque Galien se sert de son patient comme d'un piédestal pour mettre en évidence les merveilles dont il est capable en matière de diagnostic, il ne suffit pas de faire valoir ses ambitions professionnelles et sociales pour l'expliquer. Car tous les

57. C'est d'ailleurs pourquoi l'interrogatoire repose souvent aussi sur l'entourage du malade : voir *i.a. Loc. aff.* 1.1 (234, 11-14 Gärtner = VIII.8 K.) ; *In Hipp. Epid. VI 2.45* (118, 1-12 Wenkebach = XVIII.999-1000 K.).

58. La pudeur fait par exemple souvent obstacle au diagnostic, notamment chez les femmes : *Præn.* 6 (100, 15-102, 27 Nutton = XIV.631-633 K.) ; l'idée est classique et apparaît déjà chez HIPPOCRATE, *Mul. I 62* (VIII.126, 7-14 L.). Sur le statut médical des stratagèmes employés pour faire parler les patients, voir J. DEVINANT, *Les troubles psychiques selon Galien*, p. 283-287 ; et D. GOUREVITCH, « L'exploitation de la maladie : la simulation », dans ID., *Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain. Le malade, sa maladie et son médecin*, Rome, Ecole française de Rome, 1984, p. 73-135 sur les enjeux de la dissimulation.

59. *In Hipp. Epid. VI 2.24* (115, 28-116, 17 Wenkebach = XVIII.995-997 K.).

60. Voir *Præn.* 1 (74, 9-11 Nutton = XIV.605 K.), en référence à PLATON, *Gorgias* 464d3-e2.

61. *Const. art. med.* 17.5-7 (114, 24-25 Fortuna = I.291-292 K.) : « le pronostic du meilleur médecin ne se réalisera que s'il soigne un malade qui ne commet pas d'erreurs ». Dans la lecture galénique du triangle hippocratique, le patient s'allie en effet tantôt avec le médecin, tantôt avec sa maladie : *In Hipp. Epid. I 2.54* (76, 29-77, 12 Wenkebach = XVIII.150-151 K.). Voir J. JOUANA, « La lecture de l'éthique hippocratique chez Galien », dans ID., H. FLASHAR, dir., *Médecine et morale dans l'Antiquité*, Genève, Fondation Hardt, 1997, p. 211-253.

cas ne se prêtent pas à de tels exploits — et c'est ce qu'il voudrait que son lecteur perspicace remarque : là où le profane crie au prodige, il y a surtout des leçons à tirer sur la structure même du raisonnement médical. Face à des signes de valeurs disparates, n'ayant ni la même efficacité ni le même coefficient de certitude, le médecin peut adopter des stratégies variables. La fulgurance de ses succès diagnostiques permet précisément à Galien de souligner l'intérêt de son approche du tableau clinique, foncièrement active et sélective : il commence par se fermer à tout ce qui ne se laisse pas bien contrôler par lui, à quoi il donne un rôle accessoire pour confirmer ou moduler ses hypothèses — au risque de rejeter en dehors du domaine de la médecine ce qui ne se prête pas à une caractérisation précise. Et c'est ce qui explique que parfois, mais pas toujours, la contribution du patient puisse être reléguée au second plan voire même entièrement négligée. Comme on a cherché à le montrer, cette attitude vis-à-vis du patient s'explique fondamentalement par des motivations médicales, théoriques et pratiques. Mais elles-mêmes ne sont pas dépourvues de signification historique : si le souci premier de Galien est de garantir la technicité du diagnostic, c'est aussi pour des raisons stratégiques, pour mieux défendre le bien-fondé de l'art médical dans un climat de compétition (inter et intra-disciplinaire). Il semble, toutefois, qu'une telle conception verticale de la relation de soin ait survécu à son contexte d'apparition, et qu'en médecine ait parfois perduré, par-delà les changements de paradigmes scientifiques, un reste de galénisme.