

CONFÉRENCE INVITÉE

Au lit du malade. Une histoire de l'examen clinique

*At the bedside of the sick.
A history of clinical examination*

par Jean-François HUTIN*

De tous temps, les hommes qui se sont donné le rôle de soigner leurs semblables ont écouté et observé le malade et son entourage, puis ils ont cherché à provoquer sur le malade des signes que la maladie pouvait entraîner. Cette écoute des symptômes, subjectifs, l'observation et la recherche de ces signes, objectifs, constituent l'examen clinique.

Transmis immuablement du maître à l'élève depuis Hippocrate jusqu'à aujourd'hui, la place de cet examen clinique a sans cesse évolué à travers les siècles. Il a subi de nombreuses influences liées aux connaissances de l'époque, au contexte social et politique ou aux mentalités, aux progrès scientifiques, au malade lui-même, à son milieu, sa religion ou sa philosophie, mais aussi au soignant, à son degré de savoir, à ses origines plus qu'au courant de pensée auquel il adhérait, à sa formation de médecin ou de chirurgien, de généraliste ou de spécialiste...

Séance du 21 octobre 2022

* 2, rue de Neufchâtel, 51100 Reims

On peut différencier trois grandes périodes : la médecine d'observation, d'Hippocrate à la fin du XVIII^e siècle, l'avènement de la médecine anatomoclinique à Paris au XIX^e siècle, véritable tournant qui a abouti à l'hégémonie de la clinique du milieu du XIX^e siècle à la seconde guerre mondiale, puis l'interpénétration progressive de la médecine technique.

La médecine d'observation est classiquement née avec Hippocrate et a dominé l'approche clinique jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, mais on est en droit de penser que son élaboration est apparue bien plus tôt, avec la maladie elle-même. La parenthèse obscure pour la médecine en général et pour l'approche clinique des maladies en particulier allait durer dix longs siècles mais elle fut entrecoupée de quelques lueurs venues des « éclectiques » qui se servaient du pouls pour établir leur diagnostic, de Galien et de quelques médecins grecs installés à Rome, puis enfin des médecins Byzantins, « Arabes » et Juifs. Salerne, Bologne, Padoue et Montpellier firent évoluer les esprits, mais finalement peu l'art du diagnostic clinique. Le médecin, sorti de ces illustres murs, restait encore à distance de son malade et son examen se limitait, pour les plus savants, à la prise du pouls et à l'analyse visuelle des urines. La Renaissance qui donna un nouveau souffle à l'anatomie avec Vinci et Vésale, à la chirurgie avec Paré, aux premières notions d'épidémiologie avec Fracastor, à l'alchimie et à la thérapeutique avec Paracelse, mit en doute les anciens comme Galien, permit à Leeuwenhoek de rendre visible l'invisible mais elle ne fit en effet toujours pas avancer le diagnostic des maladies par l'examen approfondi du malade. L'examen clinique resta donc grossièrement le même du médecin de la Renaissance, voire du Moyen Âge, jusqu'à la révolution anatomoclinique.

Entre 1600 et 1750, l'examen clinique qui se résumait toujours à la seule observation décrite par Hippocrate n'avait en fait pour but que de faire rentrer tel ou tel signe dans un cadre abstrait basé sur des théories globales, comme la théorie des humeurs, ou sur des doctrines médico-philosophiques plus ou moins saugrenues. Dans l'esprit nosographique du XVIII^e siècle qui suivit, l'examen clinique restait fondamental car il permettait de classer les maladies dans tel ou tel chapitre nosologique, d'ailleurs le plus souvent construit non sur des maladies dont on ignorait les causes mais sur des symptômes, donc sur la clinique, mais une clinique basée toujours uniquement sur l'observation. Même si ce regard s'était affiné par des siècles d'observation, le médecin de cette première période, dont la fin coïncide avec la Révolution Française, restait donc toujours aussi sourd et « manchot » que l'avaient été les disciples d'Hippocrate.

L'avènement de la méthode anatomoclinique permit de passer à la seconde étape dans l'approche clinique des maladies. Cette démarche ne prit qu'un demi-siècle, ce qui est peu par rapport aux deux mille ans de simple observation qui l'avaient précédée. Cette révolution se résume à une date fondamentale : 1761. En publiant cette année-là *Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Le siège et les causes des maladies démontrées par l'anatomie), l'anatomiste padouan Morgagni, alors âgé de 79 ans, allait donner la clé de l'interprétation des observations millénaires de ses glorieux ancêtres. En donnant naissance à la médecine anatomoclinique, il permit, deux mille ans après Hippocrate, l'évolution vers la méthode diagnostique basée sur l'examen du patient. Pour Grmek, elle représente une coupure épistémologique dans l'histoire de la médecine. Dans son ouvrage écrit en grand in-folio sous forme de lettres, Morgagni mit systématiquement en relation chacune des altérations anatomiques morbides découvertes sur le cadavre par une autopsie codifiée avec les troubles fonctionnels dont se plaignait le malade de son vivant, répartissant les symptômes dans les organes.

Il n'y a rien de surprenant dans une si lente évolution et un si rapide dénouement. Il fallut d'abord sortir des théories médico-philosophiques des siècles précédents, et notamment de la théorie humorale si chère à Hippocrate et encore vivante à la fin du XVIII^e siècle, pour admettre que la maladie pouvait être localisée à un organe précis, voire à un tissu, en attendant de la localiser dans une cellule, et non plus le fait d'un déséquilibre imaginaire d'humeurs vagabondes. Si Hippocrate a sans contestation inspiré les médecins du début de XIX^e siècle qui élaborèrent la médecine moderne, le médecin de Padoue a ouvert la voie de la percussion du thorax découverte par l'autrichien Auenbrügger et de l'auscultation de Laennec. À l'inverse des médecins grecs qui observaient avec finesse tel ou tel signe, mais dont l'ignorance en anatomie, en physiologie ou en pathologie ne permettait pas d'en estimer la valeur et la signification, les disciples de la méthode anatomoclinique purent enfin réunir symptômes et pathologies en se penchant sur les cadavres des malades qu'ils avaient pu examiner, palper, percuter ou ausculter de leur vivant.

La méthode anatomoclinique que nous venons d'évoquer a surtout généré un renouveau de la clinique qui, de passive, basée sur l'interrogatoire et l'observation, allait devenir active. La percussion d'Auenbrügger et de Corvisart, puis l'auscultation de Laennec, qui révolutionnèrent l'approche des maladies cardiaques et pulmonaires, permirent de « matérialiser » la maladie. Elles inauguraient ce que Foucault nomma dans sa *Naissance de la clinique*, « une grammaire des signes se substituant à une botanique

des symptômes ». Même si elle ne fit qu'institutionnaliser un mouvement médical, technique et philosophique déjà existant en Hollande, en Italie ou en Angleterre, comme l'a bien montré Otmar Kiel dans son livre *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe (1750-1815)*, plusieurs éléments liés à la Révolution Française permettent de lui attribuer une bonne part du mérite du renouveau de la médecine clinique sur le modèle initié par Morgagni.

En faisant table rase du passé, en remplaçant la médecine galénique par un « jacobinisme médical » pour reprendre l'expression de Lichtenthaler, elle créa les conditions favorables à une rénovation de la médecine et donc de l'examen clinique et explique la prééminence que prit la médecine française dans le virage anatomoclinique. Plusieurs raisons expliquent pourquoi la méthode anatomoclinique trouva un terreau favorable dans la France post révolutionnaire et permettent de comprendre son émergence dans notre pays plutôt que dans l'Italie de Baglivi, la Hollande de Boerhaave ou l'Angleterre de Sydenham pourtant plus en avance sur le plan de l'enseignement et de l'approche clinique.

- Le grand mouvement encyclopédique de la fin du XVIII^e siècle qui permit l'abolition des vieux discours dogmatiques et laissa le champ libre à l'expérience dans tous les domaines, comme la chimie, avec Lavoisier, ou la physique dont Paris était devenue la capitale mondiale.
- Le mythe, né de la Révolution, d'une profession médicale au service du citoyen et l'espoir que cette Révolution du peuple allait aboutir à la disparition de la notion même de maladie, selon le slogan des Montagnards scandé par Barère : « Plus d'indigents, plus d'hôpitaux ».
- L'organisation hospitalo-universitaire unique reconstruite sur les ruines de la « gothique Faculté » avec la disparition des jurandes et autres corporations sclérosantes – la loi du 18 août 1790 – et leur remplacement par des structures neuves - Société de Santé, Société d'émulation, ...
- La réunion pourtant tant critiquée de la médecine et de la chirurgie qui allait enfin faire travailler ensemble « ceux qui usent de la raison sans s'aider de l'expérience » et « ceux qui s'adressent à l'expérience sans recourir à la raison ». Cette réunion des médecins et des chirurgiens permit de réunir les aspects les plus féconds de la mentalité chirurgicale, « localiste », et médicale, « humoriste ».
- Le remplacement des professeurs perruqués, volontiers sclérosés dans

leurs privilèges, par des hommes ouverts à un enseignement pratique, au lit même du malade, qui allaient rééquilibrer la médecine autour de la clinique, donc du malade, et non plus autour des livres.

- Une liberté complète, Foucault parle d'une « médecine en liberté ». Liberté immédiatement dangereuse avec la possibilité de s'installer médecin sans autre signe de compétence que l'amour de la République, mais liberté finalement bénéfique dans le lien qu'elle allait créer, notamment aux armées, entre le peuple et ceux qui se donnèrent devoir de le soigner.
- Les guerres de la Révolution qui obligèrent à un effort de formation d'officiers de santé parfois issus du peuple, peu instruits, qui ne feront pas forcément de mauvais soignants, ayant en tout cas de bonnes bases pratiques.
- La disparition des « Hôtel-Dieu », asiles ou vastes mouiroirs plutôt que centres de soin, et de l'Hôpital général et leur remplacement par des structures organisées, fortement hiérarchisées, d'abord « vastes machines à étudier et à enseigner » avant de devenir « machines à guérir ».
- La libéralisation des mœurs qui libéra aussi les corps, rendant le contact physique moins tabou.
- Enfin, et il s'agit là peut-être d'un triste privilège de notre pays à l'époque, la mortalité et la morbidité considérables dans les hôpitaux français qui allaient fournir « la matière première » aux anatomistes pour élaborer leur théorie, « matière première » morte pour l'autopsie mais aussi « matière première » vivante, mais malade, pour effectuer un examen clinique soigné, « matière première » que le citoyen se faisait d'ailleurs un devoir de fournir à la Nation, en « tribut de sa reconnaissance », comme le déclara Nicolas Chambon de Montaux, médecin et homme politique de la Révolution.

La médecine anatomoclinique inaugurée par Morgagni, affinée par Bichat, diffusée par la Révolution française, donnait enfin un substratum, un fondement objectif, palpable, à l'expérience clinique millénaire que la classification nosologique avait permis de codifier.

Malgré leur simplicité apparente, il n'est pas étonnant que des techniques comme la percussion et l'auscultation ne se soient pas développées plus tôt. Il fallait déjà sortir de la théorie humorale des maladies et considérer l'organe pathologique. La méthode anatomoclinique a, par son essence même, modifié en profondeur l'approche clinique des maladies. La méthode anatomoclinique incita donc surtout les cliniciens à rechercher des signes

« artificiels », là où il n'y avait pas de symptôme, pour faire « parler » la maladie. L'apport de la percussion en est un exemple, celui de l'auscultation en est un autre.

La découverte de l'intérêt clinique de la percussion de la cavité thoracique fut le fait de Leopold Auenbrugger, fils d'un aubergiste de Graz qui appréciait ainsi le niveau de vin restant dans ses tonneaux. Il la décrivit dans un livre publié en 1761, *Inventum novum ex percussione thoracis humani*. Cet ouvrage passa relativement inaperçu jusqu'à la nouvelle traduction réalisée par le Baron Jean-Nicolas Corvisart : *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité par Avenbrugger*, en 1808. Malgré les commentaires de cette traduction fidèle qui représentent les trois quarts de son livre, Jean-Nicolas Corvisart ne s'approprija jamais cette technique à laquelle il donna pourtant toutes ses lettres de noblesse.

René Théophile Laennec, élève de Corvisart, ne fut pas que l'inventeur du stéthoscope. Il introduisit une méthode d'analyse originale dans le fatras médical des siècles passés et établit une base réelle à une nosologie des maladies que la notion de spécificité étiologique allait bientôt affirmer. En 1816, il fut nommé à l'hôpital Necker pour enseigner la pathologie générale. Cet hôpital, que le Second Empire allait détruire puis rebâtir, était, comme l'Hôtel-Dieu, l'un des plus célèbres mouiroirs avant la Révolution Française. Les autopsies y étaient fréquentes. Laennec put donc à nouveau se passionner pour l'anatomie pathologique et pour la clinique. Il inventa d'ailleurs le stéthoscope l'année de cette nomination. Le flûtiste éminent qu'il était ne pouvait méconnaître la loi acoustique mise en valeur lors d'une fameuse anecdote de la cour du Louvre par des enfants s'amusant à se parler à travers une poutre en bois. Il mit aussitôt cette observation en pratique pour écouter le cœur malade d'une jeune obèse que la pudeur, exacerbée chez ce catholique pratiquant, lui interdisait d'écouter directement en posant son oreille sur la poitrine. Il la remit aussitôt en application dans son service de Necker. Cette découverte, comme toutes les découvertes, avait eu des précurseurs d'Hippocrate à Corvisart, mais l'intuition géniale de Laennec fut certes d'inventer cet instrument, mais surtout d'en démembrer la sémiologie. Le travail de Laennec aboutit à un chef-d'œuvre de quarante-neuf chapitres, dont vingt-sept sur les poumons et vingt-deux sur le cœur : *De l'Auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur*. La première édition parut en juillet 1819, à Paris, chez Brosson & Chaudé, en deux volumes, avec quatre planches hors texte dont une représente son célèbre cylindre en bois. La deuxième édition, parue en 1826, fut beaucoup plus travaillée, avec notamment une étude des souffles,

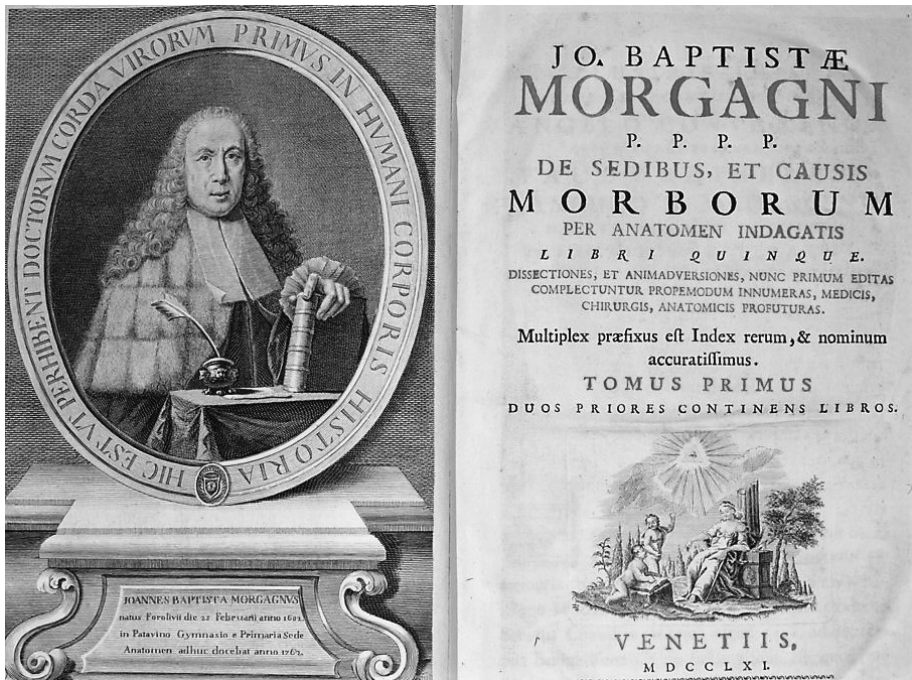


Fig. 1 - Frontispice de la première édition du *De sedibus, et causis morborum per anatomen indagatis* de Morgagni, Venise, 1761.

absente de la première édition, et que je détaille aussi dans mon livre. Le clinicien-musicien Laennec décrit ainsi 29 signes stéthascoutiques, plus ou moins faciles à reconnaître, certains normaux, d'autres franchement pathologiques, comme la pectoriloque, quasiment pathognomonique de la tuberculose pulmonaire et son évolution caverneuse ou l'égophonie, pathognomonique à ses yeux, du moins à ses oreilles, d'un épanchement d'abondance moyenne. Le terme de stéthoscope proposé par Laennec au milieu d'autres propositions telles que « cylindre », « bâton », « sonomètre », « pectoriloque », « thoraciloque » ou « cornet médical », fut finalement adopté bien qu'erroné, signifiant littéralement « Je regarde la poitrine ».

Avec son « cylindre », Laennec fut d'emblée célèbre dans le monde entier, d'ailleurs plus vite à l'étranger qu'en France où sévissait le sectarisme de Broussais. L'utilisation habituelle du stéthoscope dans les hôpitaux parisiens ne se situe toutefois qu'entre 1820 et 1830, et pas avant les années 1830–1850 dans les troussees des médecins.

L'acceptation de cette auscultation en tant que technique diagnostique imposait la mise à plat de quelques tabous... « anti-chirurgicaux ». Si le médecin d'avant la révolution prenait parfois le pouls, palpait le ventre, nous

avons vu que son diagnostic se fondait essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen visuel du patient. Il restait à distance. La consultation était un acte purement intellectuel. L'emploi « d'instruments » relevait du même état d'esprit. Le médecin devait d'abord accepter que son examen puisse faire appel à un instrument, comme un vulgaire chirurgien.

De nombreux auteurs, français et étrangers, chirurgiens et médecins, enrichirent considérablement la sémiologie de l'auscultation, tant en pneumologie qu'en cardiologie, d'autres montrèrent l'apport de cette découverte dans d'autres domaines comme l'obstétrique. Si tous enrichirent la sémiologie clinique, certains se rendirent rapidement compte de la subjectivité de leur approche. Ils s'aperçurent très vite que signes et symptômes n'avaient pas la même signification pour le malade ou son médecin et que, si tous les symptômes avaient de la valeur puisqu'ils étaient tous le témoin d'une doléance du malade, ils n'avaient pas tous la même valeur diagnostique. Or comment quantifier une douleur, la matité d'une percussion, codifier un trouble auscultatoire ?

Ce fut l'œuvre, magistrale bien qu'ignorée, de Pierre-Charles-Alexandre Louis de quantifier cette sémiologie nouvelle. Cette méthode ne fit qu'appauvrir finalement la réalité clinique puisque certains symptômes devenaient statistiquement sans importance par rapport à d'autres et qu'elle opposait au « flair », tant valorisé par les grands cliniciens de cette époque, des données chiffrées incontournables.

La spécificité des maladies fut, avec cette méthode numérique que nous venons de survoler, la seconde mini-révolution clinique du XIX^e siècle débutant et comme la médecine numérique, elle donna toute sa quintessence à la médecine anatomoclinique, mais aussi en souligna les limites. Elle fut l'œuvre de Pierre Fidèle Bretonneau et de son élève Armand Trousseau qui inaugura véritablement l'enseignement de la clinique qui fit la gloire des hôpitaux parisiens mais aussi l'y enferma.

La méthode anatomoclinique montra aussi très vite des limites que ni la notion de spécificité ni la médecine numérique ne permirent de surmonter. Malgré la multiplication des observations, avec chaque jour la description de nouveaux signes cliniques et de nouvelles découvertes anatomiques guidées sur des autopsies, il fallait admettre qu'un nombre important de ces signes, parfois regroupés en syndrome, ne s'accompagnaient d'aucune altération des organes solides. Il en était ainsi de la plupart des maladies mentales, mais surtout de nombreuses formes de fièvres et de maladies dites générales.

Devant ces « zones d'ombre », les médecins adoptèrent trois attitudes. Certains se tournèrent à nouveau vers Hippocrate et sa théorie des humeurs,

plus globaliste, à l'exemple du néo-humorisme dont Gabriel Andral, considéré comme le père de l'hématologie avec son *Essai d'Hématologie pathologique* en 1842, fut le principal promoteur en France. D'autres se tournèrent vers la spéculation, avec comme exemple la phrénologie que l'on ne peut passer sous silence dans une communication sur l'examen clinique puisqu'il s'agissait, malgré leur empirisme évident, d'approches sémiologiques entièrement nouvelles basées sur l'observation, ce qui explique la place qu'elles tiennent dans cet ouvrage. Beaucoup, enfin, notamment à l'étranger, se dirigèrent vers la méthode expérimentale initiée par François Magendie et développée par Claude Bernard pour rechercher un trouble fonctionnel à l'origine des signes et des symptômes et non plus vers la lésion tenue pour responsable.

Les médecins qui lurent l'*Introduction à la médecine expérimentale* saisirent bien-sûr la fragilité de cette médecine basée sur la simple clinique qu'on leur enseignait, mais l'influence de Claude Bernard sur les étudiants français du XIX^e siècle resta trop faible par rapport à l'aura des cliniciens. La plupart de ceux qui suivirent son raisonnement furent donc des étrangers, notamment de langue allemande. Néanmoins c'est bien en France que se développa la sémiologie neurologique, fille de la médecine anatomoclinique et de la méthode expérimentale qu'influença considérablement la médecine expérimentale

La physiologie élaborée par Claude Bernard, mais également Flourens, à l'origine des progrès considérables en neurophysiologie et en anatomie pathologique, vinrent au secours de la clinique en neurologie quasiment dès sa naissance, permettant d'emblée l'élaboration d'une sémiologie « active » basée sur l'examen de la sensibilité, de la motricité et des réflexes et sur celui de l'équilibre, sémiologie qui n'existait pas auparavant. Il faut citer dans ce domaine l'école de la Salpêtrière derrière Charcot avec Alfred Edmé Félix Vulpian, Pierre



Fig. 2 - La percussion médicale. Mosaïque du hall de la bibliothèque Carnegie, Reims.

Marie, Charles Edouard Brown-Séquard et bien-sûr Joseph Babinski, pour n'en citer que quelques-uns.

La clinique devint hégémonique en France entre 1850 et 1940 pour plusieurs raisons.

La première est historique. Tout le paysage médical français du XIX^e siècle, et ce jusqu'au milieu du XX^e siècle, s'était structuré autour du décret du 14 frimaire de l'an III qui avait donné à la clinique « au lit du malade » toutes ses lettres de noblesse. En rupture avec l'enseignement livresque et dogmatique de l'avant-Révolution, la création des écoles de santé orienta l'enseignement vers la pratique exclusive de la clinique. Le domaine du clinicien du XIX^e siècle était le chevet du malade, au détriment des laboratoires de recherche, même si l'analyse chimique des fluides de l'organisme avait commencé à donner des preuves de son caractère essentiel en matière diagnostique depuis le milieu du siècle.

Une autre raison de l'hégémonie de la pratique clinique jusqu'à la seconde guerre mondiale, qui vit la découverte et la diffusion des antibiotiques, vient aussi de la navrante stagnation de la thérapeutique qui n'avait pas beaucoup évolué depuis la découverte du quinquina. Les médecins du XIX^e siècle, aussi fins cliniciens fussent-ils, restaient d'une navrante inefficacité quand il s'agissait de traiter les maladies infectieuses, hormonales ou les cancers dont ils affinaient sans cesse le diagnostic par la clinique. Il ne leur restait qu'elle pour démontrer leur puissance et leur savoir.

Une troisième raison repose sur la loi du 19 Ventôse an XI qui instaura une médecine à deux niveaux avec l'officiât de santé, démarche que l'on retrouve aussi en Angleterre et en Allemagne. Cette « sous-médecine » ne fit que renforcer l'aura du « vrai médecin », donc du « clinicien ». Elle n'était pas sans rappeler la situation d'avant la Révolution qui opposait médecins et chirurgiens.

Une avant-dernière raison vient de l'exercice même du métier de médecin tel que le pratiquaient les disciples de Trousseau. Il n'existait pas à l'époque de comités pluridisciplinaires comme on en connaît aujourd'hui. Le médecin était seul face à la maladie. Son diagnostic était une décision personnelle, irréfutable surtout quand elle était prise par un Dupuytren ou un Orfila. S'il en assumait (parfois) les erreurs, en contrepartie, la gloire qu'il pouvait en retirer n'appartenait qu'à lui-seul. Avant d'envoyer le malade dans un laboratoire de biologie ou d'imagerie, il fallait d'abord qu'il accepte de partager cette gloire. Ce partage était déjà difficile avec d'autres médecins, alors à fortiori avec des non-médecins, des « rats » de laboratoire, de vils techniciens, ou des « photographes ». Si de nombreux mandarins français,

et non des moindres à l'instar d'un Trousseau qui exhortait ses élèves à négliger la chimie, se gargarisèrent longtemps du prestige de l'examen clinique, lui sacrifiant tout, même les techniques les plus en pointe, expliquant peut-être en partie le retard actuel pris par la France dans les équipements lourds et dans une médecine moins rigoureuse que la médecine anglo-saxonne, d'autres, par réaction, n'hésitèrent pas à sacrifier l'examen clinique sur l'autel de la médecine de laboratoire, démarche qui aboutira aux grandes découvertes en bactériologie de Pasteur et son équipe en France et de Robert Koch en Allemagne. L'élite hospitalière française, figée dans son « clinicisme », résista



Fig. 3 - Laennec à l'hôpital Necker ausculte un phtisique devant ses élèves, 1816 par Debower d'après Théobald Chartran, Paris, université de la Sorbonne (Coll. Personnelle).

jusqu'à la moitié du XX^e siècle pour admettre, finalement, que la médecine de laboratoire était source de connaissance et de progrès. Elle mit d'autant plus de temps à admettre cette évidence, puis à l'enseigner, que cette médecine de laboratoire s'était développée en dehors du cadre hospitalier, en dehors de son sein, notamment au Collège de France, et surtout que le « modèle » proposé ressemblait trop à celui de l'ennemi du moment, l'Allemagne.

La dernière étape de l'évolution de l'examen clinique fut celle que lui imposa la révolution technologique.

Mais posons-nous une question. Quand se termine la clinique et quand commence la technique ? Le stéthoscope était devenu le symbole de la pratique de notre médecin, mais sa sacoche transportait déjà d'autres « instruments » pour l'aider dans sa démarche clinique : un appareil à tension de Pachon, un abaisse-langue, un marteau à réflexe, un thermomètre ou un diapason...

La médecine technique, inaugurée par la médecine expérimentale derrière François Magendie puis son élève Claude Bernard, ne cessa de se développer grâce aux progrès de la physique, de la chimie et de la biologie. Dès le milieu de XX^e siècle, la technique reine pointait son nez et allait sonner le glas de l'examen clinique tel que notre médecin venait de le pratiquer avec soin. Mais elle fit plus que pointer son nez. On est effectivement en droit aujourd'hui de se poser la question de l'utilité de l'examen clinique dans la démarche diagnostique à l'heure de l'I.R.M., de la P.C.R. et d'autres méthodes diagnostiques basées sur la physique ou la biologie. En montrant les limites flagrantes de l'examen au lit du malade qui méconnaît des pans entiers de la pathologie, l'essor considérable de la médecine technique n'est-elle pas la réponse à cette question, réponse qui condamne la médecine clinique des médecins du XIX^e siècle ?

Pour pallier cela, à l'image des triades, des trépieds ou autres associations morbides, la clinique a alors cherché à chiffrer les anomalies en « score » ou en « échelle de gravité » en gardant à l'esprit que le point de départ de cette nouvelle sémiologie codifiée et chiffrée reste un symptôme ou un signe clinique, avec toute son incertitude de départ, et que l'accumulation de ces incertitudes dans l'établissement d'un score multiplie le risque d'erreurs que n'a pas un résultat de laboratoire.

Comme la pratique des autopsies dans la démarche anatomoclinique, la médecine « technique », comme « autopsie du vivant », donna néanmoins dans un premier temps un nouveau souffle à l'examen clinique. De nombreux symptômes furent décrits grâce à la corrélation radio-clinique, d'innombrables anomalies cliniques furent expliquées par les examens complémentaires, des chapitres entiers de la clinique furent valorisés par des examens sophistiqués d'endoscopie ou de cathétérisme, un grand nombre de signes furent retrouvés rétrospectivement grâce à l'imagerie et à la biologie.

Mais dans un second temps, la technique s'est substituée progressivement à l'examen clinique pour le rendre obsolète pour certains, voire inutile pour d'autres. À quoi bon chercher des signes cliniques que la technologie naissante allait rapidement balayer, poser la main sur le front pour apprécier une fièvre que le thermomètre allait quantifier de manière précise, prendre le pouls alors que le tensiomètre et l'ECG, allait donner bien d'autres informations ? Cette attitude vis-à-vis des examens complémentaires allait s'accroître avec le développement de l'imagerie et allait pousser le médecin à se retrancher derrière elle car la médecine technique, imagerie et biologie en tête, donne une réponse plus précise, chiffrée, codifiée, reproductible à

la question que se pose le médecin. Pour Raymond Villey, ancien président du conseil de l'ordre, la technologie pousse le médecin dans « la paresse clinique ». À quoi bon perdre de précieuses minutes à palper un ventre douloureux selon les indications précises de Mondor à l'heure du scanner spiralé et de la numération formule sanguine ?

Le législateur ou l'assureur ne peuvent aujourd'hui se contenter d'un simple examen clinique. Même si le médecin est sûr de son examen clinique, ils obligent l'un comme l'autre à la réalisation d'examens complémentaires, à commencer par l'imagerie. Le simple diagnostic du clinicien ne suffit plus en cas de pathologie découverte par l'examen. Aucun, ou très peu de diagnostics, ne peut aujourd'hui se satisfaire de la seule clinique.

Le but de cette communication est donc aussi de tenter de répondre à une question que le médecin, mais également le politique et le malade du XXI^e siècle ne peuvent s'empêcher de se poser : Quelle place reste-t-il à l'examen clinique à l'aube du III^e millénaire où le regard du clinicien s'efface derrière celui du radiologue, son ouïe derrière celle du doppleriste, son toucher derrière celui de l'échographiste, son goût et son odorat derrière les réactifs du biologiste, son « flair » derrière le logiciel de son ordinateur ?

Le développement de la télé médecine depuis la crise du Covid, considérée comme la panacée par les politiques pour répondre aux déserts médicaux semble, hélas, donner une réponse à ces questions...

La place du dépistage en est une autre. Le diagnostic « pré-clinique », avant qu'un symptôme clinique n'alerte le malade ou son médecin, est actuellement basé essentiellement sur une approche technologique. À l'exemple de la campagne de dépistage de cancer du sein par mammographie.

Les exemples ne manquent donc pas pour montrer la place que l'imagerie a pris à l'examen clinique dans le diagnostic et la surveillance des maladies, mais dans un avenir peut-être guère lointain, il n'est pas inconcevable de penser que l'imagerie ou l'endoscopie, qui ne deviennent positives que quand le mal est déjà fait, quand la lésion est installée, ne s'effacent à leur tour devant la génétique ou la biologie moléculaire qui anticiperont la pathologie...

Doit-on imaginer une quatrième phase à notre histoire de la clinique, celle d'une médecine sans clinique, d'une médecine de machines de plus en plus sophistiquées aux mains de physiciens et d'ingénieurs, une médecine informatisée, formatée, une médecine essentiellement prédictive, une médecine où l'individu s'efface devant la cohorte, le malade derrière sa maladie, la maladie derrière ses images, ses tracés, ses chiffres, sa cause moléculaire ?

BIBLIOGRAPHIE

- FOUCAULT M. - *Naissance de la clinique*. Quadrige / P.U.F., Paris, 1963.
- GRMEK M. D. (sous la direction de) - *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Seuil, Paris, 1995, 3 tomes.
- HOERNI B. - *L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours*. Imothep/Maloine, Paris, 2000, 2^{ème} édit.
- HUTIN J.-F. - *Au lit du malade. Une histoire de l'examen clinique*. Éditions Glyphe, Paris, 2007.
- LECOURT D. (sous la direction de) - *Dictionnaire de la pensée médicale*. PUF, Paris, 2004.
- KEEL OTHMAR - *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe (1750-1815)*. Les presses universitaires de Montréal, 2001.
- SOURNIA J.-C. - *Histoire du diagnostic en médecine*. Éditions de santé, Paris, 1995.
- TUBIANA M. - *Histoire de la pensée médicale*. Les chemins d'Esculape/ Flammarion, Paris, 1995.
- VILLEY R. - *Histoire du diagnostic médical*. Masson, Paris, 1976.