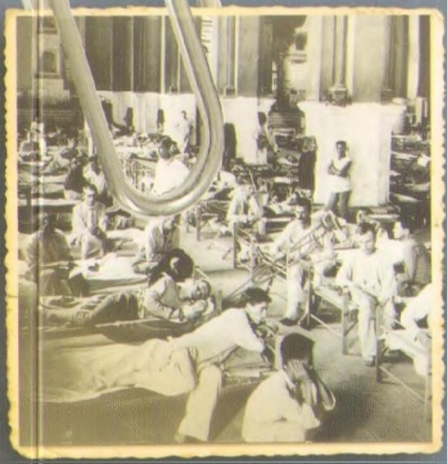
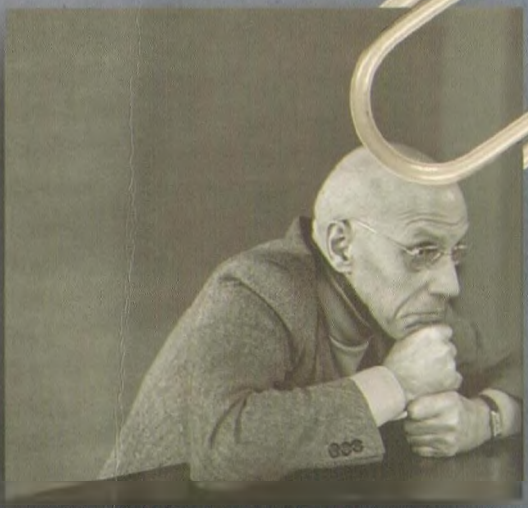


Kliniğin Doğuşu

tıbbî algının arkeolojisi

Michel Foucault



epos

KLİNİĞİN DOĞUŞU • Michel Foucault

epos

Michael Foucault: (1926–1984) 'Bir dizi tıbbî, yasal, dinsel, etik ve siyasal pratiklerin karmaşık kültürel formasyonun şaşırtıcı gelişimlerinin gözler önüne serilmesini borçlu olduğumuz' M. Foucault, Felsefe ve Psikoloji eğitimi aldı.

Ölünceye kadar etik tutumundan vazgeçmeyen bir muhalif ve ayrıcalığı hak eden bir kuramcı olarak yaşadı.



EPOS YAYINLARI– 4
bilim-felsefe-politika kitapları– 3

Michel Foucault

KLİNİĞİN DOĞUŞU
tıbbî algının arkeolojisi

Fransızcadan Çeviren:
Şule Ünsaldı

Yayıma Hazırlayan:
Bâki Alemdar

Kitabın Orijinal Adı:
Naissanca de la clinique

© Presses Universitires de France
© Epos Yayınları, 2002

Düzelti:
Cem Kaan Gürbüz

Kapak Tasarımı:
Epos

Dizgi ve Baskı Öncesi Hazırlık:
epos

Baskı ve Cilt:
Sözkesen Matbaası (0.312) 395 21 10, Ankara
İvedik OSB 1518. Sk. Mat-Sit İş Merkezi No: 2/40
Yenimahalle, Ankara
Üçüncü Basım, Şubat 2014
ISBN: 978-975-6790-04-5

Sertifika No: 16468

EPOS YAYINLARI
GMK Bulvarı 60/20 (06570) Maltepe, ANKARA
Tel.Fax: (0.312) 232 14 70 - 229 98 21
eposkitap@eposyayinlari.com
eposyayinlari.com

Michel Foucault

KLİNİĞİN DOĞUŞU

tıbbî algının arkeolojisi

Fransızcadan Çeviren
Şule Ünsaldı



epos

içindekiler

Önsöz 7
1. Mekânlar ve Sınıf 21
2. Politik Bilinç 43
3. Serbest Alan 62
4. Kliniğin Tarihi 80
5. Hastanelerden Alınan Ders 92
6. Belirtiler ve Vakalar 119
7. Görmek, Bilmek 141
8. Birkaç Kadavra Açın 160
9. Görünmez Görünür 189
10. Ateş Krizi 219
Sonuç 243
Kaynakça 248

önsöz

Bu kitapta mekândan, dilden ve ölümden söz edilmektedir; söz konusu olan bakıştır.

Pomme daha XVIII. yüzyılın ortalarında histerik bir hastayı, "ona tam on ay boyunca günde 10-12 saat banyo yaptırarak" iyileştirdi. Pomme, sinir sisteminin duyarsızlaşmasına ve takip eden ateşe karşı uyguladığı bu tedavi boyunca "ıslak parşömen parçalarına benzeyen zarsı bölümlerin... hafif acılarla çözüldüğünü, her gün idrarla dışarı atıldığını ve aynı yoldan sağ sidik borusunun da tamamen çıktığını" gördü. "Biz bir kere de karın içzarından ayrılan bağırsakların rektumdan çıktığını görmüştük. Yemek borusu, soluk borusu ve dil ardı ardına çözülmüştü; hasta kusma ya da balgam yoluyla çeşitli parçaları dışarı atmıştı".[1]

Şimdi de, yüz yıldan daha az bir süre sonra bir hekimin, beyindeki ve beyin zarlarındaki anatomik lezyonu nasıl fark ettiğine gelelim. Burada genellikle "kronik menenjit"e yakalanan hastalarda görülen "sahte zarlar"dan söz edilmektedir: "Bu 'sahte zarlar'ın dış yüzeyleri, kimi kez kolayca ayrılabilecek kadar gevşek, kimi kez de örümceksi zarın sert zara bağlı yaprağına o kadar sıkı yapışmıştır ki, ayrılması gayet zor olur. İçyüzeyleri ise, aralarında hiçbir birleşmenin olmadığı örümceksi zara, sadece te-

[1] P. Pomme, *Traite des affections vaporeuses des deux sexes* (4. Basım, Lyon, 1769), I. Cilt, s. 60–65.

mas eder... Bilhassa çok ince olan sahte zarlar, çoğu kez şeffaf görünür; fakat her zaman beyaz, gri ya da kırmızıya, seyrek olarak da sarı, kahverengi ya da siyaha yakın bir renkleri vardır. Aynı zarın ayrı bölümlerinde çeşitli farklılıklar gösterirler. Bu tesadüfî oluşumların kalınlığında bir istikrar aranmaz; öyle ki bazen bir örümcek ağıyla karşılaştırılabilecek kadar ince olurlar... Yapıları da önemli farklılıklar gösterir: İnce olanlar albüminli yumurta zarına benzer, bunların özgün bir yapısı yoktur. Diğerlerinin yüzeylerinden biri genellikle, çeşitli biçimlerde içiçe geçmiş ve kızarmış kan damarlarının izlerini çağrıştırır. Genellikle üst üste ince tabakalar halindedirler ve bu tabakaların arasında az ya da çok soluklaşmış olan kan pıhtıları vardır".[2]

Pomme'nin, eski sinirsel patoloji mitlerinin son biçimini yansıtan metniyle, Bayle'nin, henüz bitirmediğimiz bir dönem için yazdığı ve genel felce bağlı kafa içi lezyonlarının tanımlandığı metin arasındaki fark, çok küçük ama küllidir. Bizim için küllidir; çünkü ilk metin bizimle fantezilerin diliyle ve algısal bir destek olmadan konuşurken, Bayle'nin her sözcüğündeki niteliksel hassasiyet, bakışımızı daimi görünürlük dünyasına yönlendirmektedir. Ama bu apaçık farkı, kesinliklerimizin ötesinde, kesinliklerimizin doğduğu ve doğrulandığı düzeyde, hangi temel deney oluşturabilir? Bize, daha XVIII. yüzyıldaki bir hekimin gördüğü şeyi göremediği, fakat varolan fantastik figürlerin kaybolması için birkaç on yılın hem yeterli olduğu hem de şeylerin gerçek biçiminin serbest kalan mekânda açığa çıktığı konusunda kim güvence verebilir?

Ne tıbbî bilginin "psikanaliz"i yapılmış, ne de düşsel kuşatmalardan kendiliğinden sayılabilecek bir kopuş olmuştur; "pozitif" tıp, en sonunda kendi nesnelliğini kayırarak "nesnesel" bir seçim yapmış olan tıp değildir. Hekimlerle hastaların, fizyologlarla pratisyenlerin iletişimine aracılık eden hayalî mekânın bütün güçleri (gerilmiş ve tahrip olmuş sinirler, şiddetli kuruluk,

[2] A. L. J. Bayle, *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, (Paris, 1825), s. 23–24.

sertleşmiş ya da yanmış organlar, bedenin, serinliğin ve suların yararlı ortamında yeniden doğuşu) kaybolmamıştır; bu güçler daha ziyade hastanın tekillik alanları olarak, hekim için öğrenme tarzını değil, öğrenilmesi gereken nesneler dünyasını belirten "öznel semptomlar" bölgesine doğru yer değiştirmiştir. Bilgiyle ıstırap arasındaki hayalî bağ, koparılmak yerine, düşselliğin önemsiz geçirgenliğinden daha karmaşık bir yolla pekiştirilmiştir; hastalığın bedendeki varlığı, yarattığı gerginlikler, ateşlenmeler, bağırsakların sağır dünyası, gözlerden azade zuhur eden uzun düşlerin sarmaladığı bedenin kara renkli ters yüzü, hem hekimin indirgeyici söylemiyle kendi nesnelliği içinde tartışılmış, hem de birçok nesne gibi, hekimin pozitif bakışı lehine kullanılmıştır. Ağrının biçimleri, tarafsızlaştırılmış bir bilgi bütününün anlamı tarafından uzaklaştırılmamış, bedenlerin ve bakışların karşılaştığı bir mekânda yeniden dağıtılmıştır. Olup biten, dilin destek bulduğu sessiz düzenlenme biçiminde konuşanla konuşulan ilişkisindeki durum ve tutum değişikliğidir.

Bu dil, rasyonel bir söyleme hangi ândan sonra ve hangi semantik ya da sentaktik değişimle dönüşmüştür? Zarları "ıslak parşömenler"e benzeterek onları ince bir yumurta akı tabakası gibi beyin kabuğunun üzerine yayılmış kabul eden bir tanımlamayla, onları ne daha az nitel, ne de daha az metaforik tanımlayan başka bir tanım arasındaki kesin çizgi nasıl çekilmiştir? Bilimsel bir söylem açısından Bayle'nin "beyazımsı", "kırmızımsı" tabakaları, XVIII. yüzyıl hekimleri tarafından tanımlanan sertleşmiş tabakaların öneminden daha farklı, katı ve nesnel midir? Diğerine oranla özenli bakış; daha duyarlı ve şeylere giderek daha çok ve güvenle yaslanan sözelliğe rağmen ön adlar söz konusu olduğunda kimi zaman karışık tercihlerle, galenik tıptan bu yana şeylerin ve biçimlerinin belirsizliğinin önüne nitelik alanları seren bir tarzın, tıp dilinde yaygınlaşması değil midir?

Şüphe yok ki söylevin ortaya çıkış ânındaki mutasyonun anlaşılmasında, tematik içeriklerden ve mantıksal tarzlardan başka bir şeyi sorgulamak ve "şeyler"le "sözcükler"in henüz birbirin-

den ayrılmadığı, ama görme tarzıyla söyleme tarzının birbirinden dil düzeyinde ayrıldığı bu alana dikkat etmek gerekir. Kendini ele verenle, dile getirilmemiş arasındaki ayırıma bağlı olarak, görülür olanla görülmez olanın orijinal dağılımını yeniden değerlendirmek gerekir: O zaman tıp dilinin ve nesnesinin eklemlenmesi, tek bir figürle belirecektir. Fakat bu konumun önceliği, geçmişi ele alamayan soruların dışlanmasıdır; konuşulanın yapısı sadece algılanandır –dilin üstlendiği hacimdeki bütün mekânların gücünü ve ölçüsünü aldığı, *boşluklarla dolu* bu mekân– sadece bu mekân diğerlerinden farklı olmayan bir güne götürülebilir. Patolojik olanın temel *uzamsallaşma* ve *sözelleşme* düzeyine, yani kesinlikle hekimin şeylerin zehirli enerjisinde gözlediği ve konuşkan bakışın hem doğduğu hem de korunduğu yere yerleşerek kalmak gerekir.

Modern tıp, doğum tarihini XVIII. yüzyılın son yıllarına bizatihi kendisi sabitlemiştir. Ve kendisi hakkında düşünmeye başladığında, bir geri dönüş aracılığıyla kendi pozitifliğinin kökenini, algılanan düzeyin –teorilerin üstünde ve ötesindeki– etkili mütevazılığıyla özdeşleştirir. Aslında farz edilmiş olan bu ampirizm, ne görünür olanın mutlak değerlerinin yeniden keşfine ne de sistemlerin ve onların gerçekleşemeyecek düşlerinin kararlı bir biçimde terk edilişine değil, insanların acılarına yönelmiş olan bin yıllık bakışın hem açıkça ortaya konulan hem de gizlenen bu mekânın yeniden düzenlenmesine dayanmaktadır. Bununla birlikte hekimlik algısının yenilenmesi, renkler ve şeylerin ilk kliniklerin aydınlatıcı bakışıyla canlanması bir mit değildir. Hekimler daha XIX. yüzyılın başlarında, yüzyıllar boyunca görünür ve açıklanabilir olanın eşiğindeki şeyi tanımlamışlardır; ama bu durum, onların uzunca bir süre devam eden spekülasyonun ardından algılamaya başladıkları, ya da hayal gücünden ziyade aklı önemsedikleri anlamına gelmez. Bu, görünür olanın görünür olmayanla kurduğu ve somut bilginin zorunlulukla yapı değiştirmesi sonucun-

da, kendi alanında ve ötesindekileri, bakış ve dil aracılığıyla açığa çıkarması demektir. Sözcükler ve şeyler arasındaki yeni ittifak, *görme*yi ve *söyleme*yi sağlayan, ama bazen de, rasyonellikten daha eski bir düzeyde yer alıyormuş ya da aceleci bir bakışa geri dönüş söz konusuymuş gibi görünen ve reel olarak "naif" bir söylemde kurulmuştur.

J. F. Meckel daha 1764 yılında, bazı hastalıklardaki (beyin kanaması, mani, verem) kafaiçi işlev bozukluklarını incelemek amacıyla, beynin değişik bölgelerinde hastalıklara bağlı sıvı kaybını ve hastalıklara bağlı tıkanmaları saptamak amacıyla eşit hacimlerin ağırlığı ve ağırlıkların karşılaştırılması gibi rasyonel bir yöntemden yararlanmıştır. Lâkin modern tıp, benzer araştırmalardan neredeyse hiç yararlanmamıştır. Bize göre kafaiçi patolojisinin mevcut "pozitif" biçimini alması, Bichat'ın, özellikle de Recamier ve Lallemand'ın, ünlü "ince ve geniş bir yüzeyde son bulan çekiç"i kullanmalarıyla gerçekleşmiştir. "Küçük darbelerle yol almak, içi dolu olan kafatasında düzensizlikler yaratabilecek sarsıntılara neden olmaz. İşlem için kafatasının arka bölümünden başlamak daha uygun olacaktır, çünkü art kafa kemiği kırılmak için en sona bırakılırsa, darbeler çoğu kez çok hareketli olan bu bölgenin yanlış noktalarına denk gelebilir... Çok küçük çocukların kemikleri, kırma işlemine girişilemeyecek kadar yumuşak, testere ile kesilmek için de çok incedir; bu kemiklerde çalışırken sağlam makaslar kullanmak gerekir."[3] Nihayet meyve açılır: Özenle ayırılmış kabuğun altından, kanlı damarlarla kaplı, yapışkan bir deriyle sarmalanmış yumuşak ve grimsi bir kitle, yani en sonunda salıverilmiş, en sonunda gün yüzüne çıkan bilgi nesnesi olarak parlayan acıklı, duyarlı bir et görülür. Kafatasının açılması sırasında sergilenen hakikatli hüner, bilimsel hassasiyet terazisinin yerine geçmiştir, ama bilimimiz kendisini Bichat'tan sonra eskisi ile özdeşleştirmiştir; bakışa, niteliklerinin küçük kareleriyle somut şeylerin çokluğuna sunan bu kati, fakat gayet ölçü-

[3] F. Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encephale* (Paris, 1820), giriş, s. VII, not.

süz davranış, bizim nezdimizde niceliğin araçsal hakemliğinden daha bilimsel bir nesnelliği üretir. Hakikatinin ilk yüzü olarak tıbbî rasyonellik formları, bir nesneler sağanağını, bu nesnelerin rengini, kusurunu, katılığını ve yapışkanlığını açığa çıkararak, algının inanılmaz derinliğine gömülür. Aslında deneyimin genişliği gibi görünen, dikkatli bakışın ve sadece görünür olanın muhtevasının apaçıklıklarına açık duran o ampirik teyakkuzun alanıyla özdeşleşmiştir âdeta. Göz, belirginliğin kaynağı ve koruyucusu haline gelir; o sadece kapsadığı ölçüde aydınlatabildiği bir hakikati aydınlatma etkisini içerir; o açarak, göze ilk hakikati açar: Klâsik belirginlik dünyasından XIX. yüzyıldaki "Aydınlanma"ya geçişi gösteren içeriye doğru bükülmedir bu.

Descartes ve Malebranche'ta görmek, algılamak anlamına gelir (en somut deney türlerinde bile: Descartes'de anatomi pratiği, Malebranche'de mikroskobik gözlemler). Ama buradaki konu, zihnin uygulama yaparken, algıyı duyarlı gövdesinden kazımadan şeffaflaştırmasıdır. Aydınlık, tüm bakışlardan önce bir ideallik unsurudur, şeylerin hem kendi özlerine, hem de gövdelerin geometrisi aracılığıyla özle birleştikleri biçime uygun olduğu bir başlangıç yeridir. Kusursuzluğuna erişmiş olan görme eylemi, aydınlığın eğilmez ya da sonsuz suretinde emilmektedir. XVIII. yüzyıl sonlarındaki görmek, en büyük gövdesel matlığın deneye bırakılması anlamına geliyordu. Katı olan, anlaşılmaz olan ve kendi içine kapanmış şeylerin yoğunluğu, bütün bunlar, kendilerini çevreleyen ve kendilerine hiçbir zaman kendi açıklığından başka bir şey vermeden azar azar zerk olan bakışın temkinliliğindeki aydınlığa borçlu olmayan bir hakikat gücünü içerirler. Hakikatin, şeylerin loş çekirdeğindeki yerleşikliği paradoksal olarak onların gecesini gündüze dönüştüren ampirik bakışın o egemen gücüne bağlıdır. Şimdi katı nesnelerin çevresinde dönerek onların yerini ve biçimini saptayan her ışık, gözün zayıf alazından geçerek sona erer. Rasyonel söylev, ışığın geometrisini nesnenin nüfuz edilemez, aşılmaz, inatçı yoğunluğuna oranla daha az öne çıkarır: Deneyin kaynağı, alanı ve sınırı, söylevin gölgeli, ama her bilgi-

ye önsel mevcudiyetinde belirir. Bakış, kendisine deneyi tastamam gözden geçirme ve deneye efendilik etme gibi bitip tükenmez bir ödev yükleyen bu ilk pasifliğe, edilgence adanmıştır.

Kuşkusuz birey söz konusu olduğunda, basitçe tarihsel ya da estetik nitelik içermeyen bir bilginin onaylanması sadece şeylerin diline aittir. Bireyin sonsuz bir çaba olarak tanımlanması, kendi sınırlarını kabul ederek görevini sınırsızlık içerisinde derinleştiren bir deney nezdinde artık bir engel değildir. Nesne statüsünü edinen tekil nitelik, kavranılmayan renk, tek ve geçici biçim, kendi ağırlığını ve katılığını kazanmıştır. Artık hiçbir ışık, onları ideal hakikatler içinde eritemeyecektir; ama onları bakışın etkisiyle sırasıyla uyandıracak ve onlara nesnellik temelinde değer kazandıracaktır. Bakış artık indirgeyici olmak yerine, indirgenemez nitelikteki bireyin yaratıcısıdır. Bu nedenle çevresinde rasyonel bir dil oluşturmak mümkündür. Söylevin *nesne*si, nesnelliğin biçimleri bozulmadan, pekâlâ bir *özne* olabilir. Bir klinik deneye yol açan şey de, eski sistemlerin ve teorilerin terk edilmesinden ziyade, işte bu *biçimsel* ve *köklü* yeniden düzenlemedir; bu düzenleme eski Aristocu yasağı ortadan kaldırmıştır. Nihayet bilimsel yapıda, bireyi söz konusu eden bir söylem oluşturmak mümkün olacaktır.

Bireye bu geçişte, insanî bağışlayıcılıkla yaşıt olan tıbbî hümanizmin en kesin formülasyonunu gören çağdaşlarımız, "tekil bir konferans" düzenlenmesini talep ederler. Anlayışa ilişkin sersem fenomenolojiler, zaten gevşek olan bu fikre kendi kavramsal çöllerinin kumlarını katarlar; "hekim-hasta" ikilisini ve "görüşme"yi içeren kısmen erotikleştirilmiş söz varlığı, birçok düşüncesize evliliği konu edinen bir düşün soluk güçlerini çağrıştırması nedeniyle takatsiz kalır. Klinik deney – somut bireyin Batı tarihinde rasyonelliğin diline bu ilk açılış zamanı, hem insanın kendisiyle ve hem de dilin şeylerle ilişkisindeki bu büyük olay – hızla, bir bakışla bir yüzün, bir göz atışla dilsiz bir gövdenin basit ve kavramdan arındırılmış yüzleşmesi olarak, söylevlere önsel, dilin

tüm engellerinden azade ve yaşayan iki bireyin ortak ama karşılık içermeyen bir durumda "kapana kısıldığı" bir temas türü olarak kabul edilmiştir. Canlanmaya çalışan ve liberal kabul edilen tıp son zamanlarda, insandan insana serbest piyasa yararına geçen zımnî bir anlaşma ya da özel bir sözleşme olarak anlaşılan eski klinik hukukuna yönelir. Dahası bu sebatkâr bakışa, bilimsel gözlemlerin genel formuna atfedilen gücün ölçülü – ne çok, ne az – bir muhakemesinin katkısı eklenir: "Her bir hastanın kendi hastalığına denk düşen bir tedavi uygulayabilmek için, hastanın durumuyla ilgili eksiksiz ve nesnel bir görüş oluşturmaya çalışıyoruz, hastaya özel olan şeyleri (onun 'gözlem'ini), hasta hakkında topladığımız bilgilerin tümünü tek dosyada bir araya getiriyoruz. 'Gözlemimizi' aynen bir laboratuvar deneyi ya da yıldızları gözlüyormuşçasına yapıyoruz."[4]

Mucizeler öyle kolayca gerçekleşmez: Hasta "yatağı"nın bilimsel söylevler ve araştırmalar alanı olmasına müsaade etmeye devam eden mutasyon, bir "sezgi", "göz atış" ve "temas" gibi bazı algısal unsurların ve bilgi gövdesinin ya da eski bir pratiğin hattâ eski bir mantığın acayip karışımının beklenmedik patlaması değildir. Klinik bilim olarak tıp, tarihsel mümkünlüğüyle, kendi nüfuzundaki deney alanını ve rasyonelliğini içeren yapıyı tanımlayan koşullarda belirmiştir. Bu koşullar bizatihi tıbbın, gün yüzüne şimdi çıkarmanın mümkün olduğu *a priori* somutunu oluşturur; çünkü belki de, zamana gömdükleri üzerinde eleştirel ve muhtemel bir tarihsel etki yaratarak, hastalık konusunda yeni bir deney doğmak üzeredir.

Ama bu söylevi kliniğin doğuşu üzerine temellendirmek için, bir yön değişikliği zorunludur. Evet, bilinmedik bir söylevden söz ediyorum, çünkü bu söylev ne klinikçilerin mevcut bilincine ne de daha önce söylenmiş olabileceklerin tekrarlanmasına dayanmak ister.

Bir ilk felsefenin eksikliğinin bize her an kaderi ve hüküm-

[4] J. -Ch. Sournia, *Logique et morale du diagnostique* (Paris, 1962), s. 19.

darlığı hatırlattığı bir eleştiri çağına ait olma ihtimalimiz oldukça güçlü: Orijinal bir dille aramıza umarsızca mesafe koyan bir akıl çağı bu. Kant'a göre, bir eleştirinin imkânı ve zorunluluğu, bazı bilimsel içerikler aracılığıyla bilgi olarak bir şeyin gerçeğine bağlanmaydı. Zamanımızda bunlar, dilin gerçek varlığına bağlı – filozof Nietzsche bunun kanıtıdır –, insanların terennümündeki pek çok sözde – akla uygun ya da saçma, ispatlayıcılık ya da şiirselliğe bağlı olmadan – bize yönelen, konuşmaya başlamadan, günün aydınlığında ortaya çıkmadan önce körlüğümüzde bize yol açan, karanlıkta fark etmemizi sağlayan, bir anlamın biçimlenerek bedenleşmesine bağlı. Biz tarihsel olarak tarihe, söylev üzerine söylev oluşturma sabrına, söylenen şeyi işitme ödevine mahkûm olmuş durumdayız.

Sözü, yorumun dışında kullanmayı bilmiyor olmamız bu kadar kaçınılmaz mıdır? Aslında *yorum*, söylediği ve söylemeyi tasarladıkları hakkında söylevi sorgular; sözün kendisiyle, kendi hakikat şartına daha yakın olduğu farz edilen bir özdeşliği gerçekleştirmek için bu çifte temelini ortaya çıkarmaya çalışır; başka bir deyişle, söylenmişi belirtmek, dile getirilmemiş olanı yeniden söylemektir. Göründüğü kadarıyla kararlı ve sessiz olan bir söylevi, daha teferruatlı, aynı zamanda daha arkaik ve daha çağdaş bir başka söyleve aktarmayı deneyen bir yorum olarak faaliyet, dile karşı tuhaf ve örtülü bir tutumu saklar. Yorumlamak, gösterilenin gösteren üzerindeki aşırılığının tanımını; düşüncenin dille gölgelenen formüle edilmemiş zorunlu kalıntısını, düşüncenin tam özünde bulunan gizin dışında işleyen kalıntıyı kabul etmektir; fakat yorumlamak aynı zamanda sözün içinde dile getirilmediği için uyuklayan unsurun varlığını kabul eder, ve böylece gösterene uygun aşırı fazlalık aracılığıyla söz konusu edilen açıkça gösterilmemiş olan verili içeriği dillendirmenin mümkünlüğüne işaret eder. Yorumlamamıza imkân sağlayan bu çifte doluluk, bize hiçbir şeyin sınırlayamayacağı bir ödev de vermektedir: Daima yerinde duran ve sözü mubah kabul edilmesi gereken bir gösteren vardır; gösterilen söz konusu olduğunda ise, bizi daima

kendimize karşın kendi "söylemek istediği"ne dair sorgulayan bir bollukla belirir. Dolayısıyla gösteren ve gösterilen, teker teker sanal anlam toplamları temin eden özerklik cevherleri edinirler; biri diğeri olmadan da var olabilecek ve kendisinden söz etmeye başlayabilecektir. Yorum, varsayılmış olan bu mekâna aittir. Ama aynı zamanda ikisi arasındaki karmaşık bir bağ, anlatımın şiirsel değerlerini devreye sokan belirsiz bir doku türetir: Gösteren, gizlemeden ya da bitip tükenmez bir kaynak bırakmadan, gösterileni "tercüme ediyor" sayılmaz; gösterilen ise sadece, denetleyemediği bir anlamla yüklü olan bir gösterenin ağır ve görünür dünyasında ortaya çıkabilir. Yorum, sözün "tercüme" eylemi olmakla, aynı zamanda imgeleri saklayarak gösteren tehlikeli bir imtiyazının bulunduğuna ve açık bir mantıksal hamleler serisinde, kendisinin yerine sonsuza kadar yine kendisini geçiren bir zemini varsayar; ezcümle açıkça tarihsel kökeninin işaretlerini taşıyan dilin açıklanmasına dayanır: Tanrı'nın, hep gizli ve hep kendisinin ötesinde olan sözünü, yasakların, simgelerin, duyumsanabilir imgelerin arasından, her Vahiy aygıtının arasından dinleyen Yorum. Biz kendi kültürümüzün dilini yıllardan beri tam da burada, yüzyıllardır boş yere Söz'ün kararını beklediğimiz bu noktada yorumluyoruz.

Başkalarının düşünceleri üzerine konuşmak, geleneksel olarak başkalarının söylediklerini söylemeye çalışmaktır, yani gösterilenin tahliline girişmektir. Peki, başka yerde ve başkalarının söylediği şeylerin, mutlaka gösterenin ve gösterilenin oyunu esas alınarak mı değerlendirilmesi gerekir? Söylenmiş olanın kalıntısı ya da fazlalığından ziyade, sadece tarihsel zuhur gerçeği aracılığıyla, söylevlerin yorumun akıbetinden kaçabilecek bir yapısal tahlil imkânı yok mudur? O zaman söylev gerçeklerini, çoklu anlamların özerkleşmiş çekirdekleri olarak değil, tedricen sistem oluşturan işlevsel parçalar ve olaylar olarak ele almak gerekecektir. Bir ifadenin anlamı, hem gizleyerek, hem de ortaya çıkararak içereceği niyetler hazinesiyle değil, çağdaşı ya da doğrusal zaman dizisindeki karşıtı ve onu gerçek ve öteki ifadelere eklem-

leyen ihtilafla tanımlanacaktır. O halde de ortaya söylevlerin sistematik tarihi çıkacaktır.

Fikirlerin tarihi bu güne kadar sadece iki yöntem tanımıştır. Bunlardan biri olan estetik, anolojinin yöntemidir. Zaman içindeki nüfuz çizelgesini (oluşlar, soy zincirleri, akrabalık, etkiler) ya da belli bir tarihsel uzamın yüzeyindeki nüfuz çizelgesini [bir dönemin ruhu, *Wellanschauung*'u (bakış açısı, *–ç.n.*), temel kategorileri, sosyo-kültürel dünyanın örgütlenmesi] takip eden bir anolojidir bu. İkincisi yani psikolojik olan, içeriklerin kapsamının reddedilmesinin yöntemidir (böylesine rasyonel, ya da söylendiği ve inanıldığı kadar irrayonel bir yüzyıl olmamıştır); bu yöntemle, ifadesi bütünüyle tersine çevrilebilir olan düşüncelerin bir çeşit "psikanaliz"i meşrulaşır ve gelişir – çekirdeğin çekirdeğinin varlığı daima bunun zıttıdır.

Burada, XIX. yüzyılın büyük keşiflerinden önceki bir dönemde, malzemelerinden ziyade sistematik biçimini değiştiren bir söylev tipini – tıbbî deneyin söylevini – tahlile çalışacağız. Klinik, sadece şeylerin yeniden parçalara ayrılması değil, aynı zamanda da parçaların "pozitif bir bilim"in dili olarak teşhis ettiğimiz sözelleştirilmenin dil aracılığıyla telaffuz edilme ilkesidir.

Klinik fikri, kliniğin tematik envanterini çıkarmak isteyen birine kesinlikle belirsiz değerlerle doldurulmuş halde görünecektir; bu alandaki veriler muhtemelen, hastalığın hasta üzerinde yarattığı bilinmeyen etkisi, bireysel tabiatların çeşitliliği, patolojik gelişme ihtimali, görünür, fark edilebilir ufak tarz değişimlerine karşı tetikte bekleyen kaygılı algının gereksinimleri, tıp bilgisinin deneyci, birikmiş ve ilânihaye açık biçimi gibi soluk figürler, bir zamanlar Yunan hekimliğinin temelini oluşturduğundan kuşku duymadığımız, ama uzun süredir kullanılmayan sayısız eski kavram vardır. Zamansız ortaya çıkışlara inanmak gerekirse, bu eski teçhizatlar içindeki başka hiçbir unsur cereyan edenler konusunda, eski kliniğe ait bilgilerin XVIII. yüzyıl dönemecinin tıbbî bilgide "ürettiği" esaslı mutasyon kadar açıklayıcı olamaz. Lâkin klinik, bir ucundan öteki ucuna düşünüldüğünde hekimin dene-

yindeki klinik terimlerin, algılanabilirin ve açıklanabilirin yeni bir profili olarak görünür: Bedensel mekânın farklı unsurlarının yeniden dağılımı (örneğin organın işlevsel kitlesinin karşıtında bir "içsel yüzeyler" paradoksu oluşturan iki boyutlu işlevsel bir alanın, *doku*nun yalıtılması), patolojik fenomen oluşturan unsurların yeniden düzenlenmesi (semptomlar botaniğinin yerini belirtilerle ilgili bir dil bilgisinin alması), hastalıklı olayların çizgisel dizilerinin belirlenmesi (nozolojik türlerin mevcudiyetinin aksine), hastalığın organizmaya kaynaması (tek bir mantıksal figürde gruplaşan genel mevcut marazın, üç boyutlu mekândaki nedenlerin ve etkilerin, lokal yerleşiklikle yer değiştirmesi). Kliniğin tarihsel bir gerçek halinde zuhur edişi, mevcut olan yeniden düzenlemeler sistemiyle özdeşleştirilmelidir. Bu yeni yapı, XVIII. yüzyılda kendine özgü bir tarz ve bir dil bilgisiyle hekimle hastanın diyalogunu başlatan "neyiniz var?" sorusunun yerine, kliniğin işleyişini ve yekpare söylevine dair ilkeyi içeriyor olduğunu fark ettiğimiz "nereniz ağrıyor?" sorusunu yerleştiren küçük, kesin ve tüketimden uzak olan değişimle izah etmiştir. Tabiî artık, gösterenin gösterilenle olan tüm tıbbî deneyinin bütün düzeylerinde silbaştan düzenlenir: Gösteren semptomlarla gösterilen hastalık arasında, tanımlayanla tanımlanan arasında, ağrıyla belirtisi olduğu şey arasında, lezyonla belirtisine işaret ettiği hastalık arasında, vb. o kliniğin önemi; fark edilebilir şeylerin söylevin rahatsız edici etkisinden uzakta bakışın sessiz gözlemi, kesintisizce övülen ampirizmi, gösterişten azade alçakgönüllü ilgisi ve dikkati nedeniyle değil, sadece klinik söylevine de değil, gerçek önemini hastalık hakkında derinlerdeki yeniden yapılanma olgusuna borçludur. Klinik söylevin *sınırlılığı* (hekimlerin açıkladığı biçimiyle: Teorinin reddi, sistemlerin terk edilmesi, felsefe yoksunluğu), söylevin söz edecek bir şeyler edinmesinden itibaren, sözsel olmayan koşulları, *görüleni* ve *söyleneni* eklemleyen ve ayıran ortak yapıyı yansıtır.

O halde burada girişti̇ğim araştırma, tüm yerleşik niyetlerden azade ve modern zamandaki mevcut tıbbî deney imkânlarına dair şartları belirleme ölçüsünde hem tarihsel, hem de eleştirel anlamda yol açıcı olması düşünülen bir tasarıdır.

Bu kitap, bir diğer tıbba karşı olarak bir tıp için, ya da tıbbın yokluğuna karşı olan bir tıp için yazılmamıştır. Çalışmalarımın diğerlerinde olduğu gibi burada da, söylevin tarihinin koşullarını söylevin yoğunluğundan ayrıştırmaya çalışan bir yapı incelemesi söz konusudur.

İnsanlar tarafından dillendirilen şeylere getirdiği önem içeren, o koşulların ötesinde berisinde ne düşündükleri değildir; önemli olan, oyunun daha başında, geriye kalan zamanda onlara yeni söylevler kazandırarak ve onları bu söylevleri dönüştürme ödevine ilânihaye açık hale getirerek bu koşulları sistematize eden şeydir.

I
mekânlar ve sınıflar

İnsan bedeni doğası gereği, artık mevcut hale alışmış olan gözlerimizde, hastalığın başladığı ve dağıldığı mekânı oluşturur: Çizgilerine, hacimlerine, yüzeylerine ve güzergâhlarına bir anatomik atlas aracılığıyla âşina olduğumuz coğrafyadaki bir mekândır bu. Lâkin bedenin bu görünür ve sağlam düzeni –muhtemelen ne ilki ne de en temeli olmak üzere –, hastalığın tıp nezdindeki uzamsallaşma yollarından sadece biridir. Başka dağılımları da gerçekleşen hastalık görülmeye devam edecektir.

Alerjik reaksiyonların bedenin saklı hacminde belirlenmiş olan yapısal kabiliyeti ne zaman tanımlanabilecektir? Bugüne kadar bir virüsün, bir doku parçasının ince tabakasındaki yayılışının özgül geometrisini çizen biri çıkmış mıdır? Bu fenomenlerin mekânsallaşmasını yöneten yasa, Öklitçi bir anatominin içinden mi çıkacaktır? Bu soruların ardından, organların birbirini etkilemesi konusundaki eski teorinin uygunluklar, yakınlıklar ve benzeşimleri içeren bir söz varlığı kullandığını hatırlatmamız kâfidir: Anatominin algılanan mekâna dair uygun karşılıklar öneremediği terimlerdir bunlar. Patoloji alanındaki büyük düşünceler, mekânsal hastalığın ihtiyaçlarının klasik geometrinin zorunluluklarıyla mutlaka aynı olmayan bir yapılanmaya dikkat çeker.

Hastalığın "gövde"sinin hastalıktan mustarip kişinin gövdesiyle tastamam çakışması, esasen tarihsel ve geçici bir veriden daha fazla bir şey değildir. Bu karşılaşma bizim nezdimizde kendiliğinden apaçıktır ya da daha doğrusu, kendimizi olup bitenden

ayırmaya daha yeni başlıyoruzdur. Tıbbî deneyimde, marazın *düzenlenme biçimindeki* mekânıyla hastalığın bedendeki *lokalleşme* mekânı, ancak görece kısa zamanlı bir periyotta – XIX. yüzyıl tıbbına ve patolojik anatomiye uygun ayrıcalıklara denk gelen bir dönem için – birleştirilmiştir. Gözlemin hükümranlığından izler taşıyan bir zamandır bu, çünkü deneyim, aynı algısal alanda, aynı süreklilikleri ve aynı kırılmaları izleyerek, organizmanın görünür lezyonlarını ve patolojik biçimlerin tutarlılığını bir bakışta okur; hastalık tam olarak bedenin üzerine eklemlenmekte ve aynı ânda hastalığın mantıksal dağılımı anatomik kitleler aracılığıyla yürümektedir. Bakışın artık tek yapması gereken hakikat üzerindeki başlangıç hakkını kullanmaktır.

Peki, çok eski ve doğal olduğu varsayılan bu ezeli hak nasıl oluşmuştur? Hastalığın varlığını işaret ettiği bu yer, unsurlarını bir arada gruplandıran bu figürü böylesine hâkimane bir tarzda belirlemeyi nasıl başarabilmiştir? Hastalığın yapılanma mekânı paradoksal olarak sınıflandırıcı tıbbın lokalleşme mekânından katiyetle daha serbest ve daha bağımsızdır, o halde, anatomo-klinik yöntemi, yapısal olarak önceleyerek var eden o tıbbî düşünce biçiminden de bağımsızdır.

Gilbert,[1] "bir hastalığı türünden şüphe ediyorsanız katiyetle tedavi etmeyin" diyordu. Tıbbî teori ve pratiğe, Sauvages'in *Nosologie*'sinden (1761) Pinel'in *Nosographie*'sini (1798) de kapsayacak şekilde, sınıflandırma kuralı hâkimdir; bu kural, hastalık biçimlerinin içkin mantığı, açıklanma ilkeleri ve tanımlarının semantik kuralı olarak belirir: "Şöhretli Sauvages'in yazılarına aşağılama gölgesi düşürmek isteyen bu hasetlere kulak asmayın... Onun gelmiş geçmiş tüm hekimler arasında, tüm öznel dogmalarımızı sağlam bir mantığın yanıltmaz kurallarına tâbi kılan muhtemel tek kişi olduğunu unutmayın. Sözcükleri nasıl bir hassasiyetle tanımladığını, tanımladığı her bir hastalığın çevresini büyük bir vicdanla nasıl kuşattığını izleyin." Hastalık bedene sirayet etmeden önce soylara, cinslere ve türlere göre hiyerarşik verili bir dü-

[1] Gilbert, *L'anarchie mediciale* (Neuchâtel, 1772), I. Cilt, s. 198.

zenlemeden geçer. Görünüş sadece, hızla çoğalan hastalığın nüfuz alanlarını hatırlatan ve öğrenmemize imkân sağlayan bir "tablo"dan ibarettir. Dolayısıyla hastalığın belli bir "düzenlenme biçimi"ni varsayan ve hastalıkta öngördüğü uzamsal "metafor"u mümkün kılmayı amaçlar: Fakat gereken temel unsurları vakadan sonra tanımlayacak olan sınıflandırıcı tıp, varsayılan düzenlenme biçimini katiyetle kendisini gözeterek formüle etmemiştir. Soy ağacının içerdiği mukayesenin ve tüm düşsel temalardan evvel, benzerliğin biçimsel olduğu bir mekân varsayımı gibi, nozolojik tablo da hastalıklara dair – ne neden-sonuç zinciri, ne kronolojik olaylar dizisi, ne de bu dizinin insan bedeninde izlediği görünür yolu ifade eden – bir figürü içerir.

Bu düzenleme, organizmadaki yerelleşmeyi daha bağımlı sorunlarla ele alır, ama çevrelenmeyi, alt sıralamaları, bölüşümleri ve benzeşimleri kapsayan temel bir ilişkiler sistemini de tanımlar. Bu mekânın iki boyutu vardır: Biri, beklenen sonuçların ortaya çıktığı dikey boyuttur: "Sıcak ve soğuğun birbirini izlediği" kesintisiz ya da aralıklarla devam edebilen, bir ya da birçok bölümde cereyan eden ateş nöbetleri. Aralıklar on iki saati aşmayabilir, bir ya da iki tam güne ulaşabilir ya da tam olarak tanımlanamayan bir ritimle devam edebilir.[2] İkincisi, türdeşliklerin iletildiği yatay boyuttur: Spazmların iki altbölümünde, mükemmel bir simetride, "bölgesel aralıksız kasılmalar", "genel aralıksız kasılmalar", "bölgesel ritmik kasılmalar", "genel ritmik kasılmalar" olur;[3] ya da organizmada sıvı toplanması halinde, bağırsaktaki dizanteri boğazdaki nezleden farksızdır.[4] Bakışla beliren hastalığın kendi niteliklerini canlı bir organizmaya yerleştirmesi, işte bu mekândan, tüm algılardan önce gelen ve onları uzaktan idare edebilen bu derin mekândan ve bu mekânın kesiştiği çizgilerden, dağıttığı ya da hiyerarşisini belirlediği kitlelerden hareketle gerçekleşir.

---

[2] F. Boissier de Sauvage, *Nosologie methodique* (Lyon, 1772), II. Cilt.
[3] *A.g.e.*, III. Cilt.
[4] W. Cullen, *Institution de medecine pratique* (Paris, 1785), II. Cilt, s. 39–60.

Hastalığın bu ilk düzenlenme biçiminin ilkeleri nelerdir?

1. XVIII. yüzyılın hekimleri bu düzenlenme biçimini, "felsefî" bilginin aksi olan "tarihsel" bilgiyle özdeşleştirdiler. Dört fenomen aracılığıyla akciğer zarı iltihabını [*zatulcenp*] işaretleyen tarihsel bilginin kendisidir: Ateş, soluk almada zorlanma, öksürük ve yan taraflardaki ağrı. Ama hastalığın kökenini, ilkesini, nedenlerini gündeme getiren bilgi, felsefî bilgidir: Soğuk algınlığı, akciğerlerin su toplaması, göğüs zarı iltihabı. Bununla birlikte tarihsel olanla felsefî olanın ayırt edilmesi, nedenle sonucun ayırt edilmesi anlamına gelmez: Cullen, sınıflandırma sistemini ilke ve sonuçların saptanmasına değil, benzer nedenlerin bulunup ayrılmasına dayandırmıştı;[5] gösterdikleri ise ilke ve nedenlerin ayırt edilmesi anlamında değildir, bunun nedeni Syndham'ın "doğanın farklı hastalık biçimlerini üretmesini ve sürdürme yönünü" incelerken bir tarihsel araştırma yaptığını düşünmesiydi;[6] ya da görünürün örtük ya da tahminî halden tastamam farklılığı değildir, öyle ki belirli verem hastalarındaki hektik ateşe* benzeyen daha ilk muayenede kendini göstermeyen "tarihi" izi sürülmelidir: "Sığ su altındaki skayalık".[7] Tarihsellik, fiilen ya da hukuken, doğrudan ya da dolaysızca, ama bakışa sunulabilen her şeyi er ya da geç kucaklar. Görülen bir neden, tedricen keşfedilen bir semptom, kaynağından itibaren anlaşılan bir ilke, "felsefî" bilginin değil, "diğerlerinden önce gelen" ve tıbbî deneyin orijinal biçiminin konumunu belirleyen "gayet sıradan" bir bilginin kapsamına girer. Burada perspektiflerin standartlaştırıldığı ve sıraların değiştirildiği bir temel alanın kısaca tanımlanması söz konusudur: Sonuç, nedeniyle aynı konumdadır ve öncül, izini takip edenle örtüşür. Sözü edilen homojen mekân dizisindeki bağlantılar çözülür, zaman hükümsüz kalır. Lokal bir iltihap, kendi "tarihsel" unsur-

[5] W. Cullen, *Institution de medecine pratique* (Paris, 1785).

[6] Th. Sydenham, *Medecine pratique* (çeviri Jault, Paris, 1784), s. 390.

* Şiddetli terleme ve titremelerin eşlik ettiği ve sabah ve akşam saatlerinde yükselip inen ateş, *–ç.n.*

[7] *A.g.e.*

larının (kızarıklık, tümör, ateş, ağrı) çifte belirlenme ya da kesişen zamansal varlığını içermeyen, sadece ideal bitişmelerdir.

Esasen hastalık, derinliği olmayan bir yansıma ve gelişimi olmayan bir çakışma mekanındaki temel olarak algılanmıştır. Sadece bir düzlem, bir de ân vardır. Hakikatin başlangıçtan beri kendisini gösterdiği orijinal biçim, rölyefin aynı zamanda hem ortaya çıktığı, hem ortadan kaybolduğu yüzeydir (portredir): "Hastalıkların tarihini yazan biri... kendine pek ilginç görünmese de, hastalıkların doğal ve açık fenomenlerini dikkatle gözlemlemelidir. Birinin portresini yaparken, o kişinin yüzündeki en küçük doğal ayrıntılara ve işaretlere kadar her şeyi vurgulamaya özen gösteren ressamları taklit etmelidir."[8] Sınıflandırıcı tıp aracılığıyla sunulan ilk yapı, eşanlılığa dair sürekliliğin düz yüzeyidir. Çizelge ve resim.

2. Burası, özlerin analojilerle tanımlandığı bir mekândır. Resimler hem bir şeylere hem de birbirine benzerdir. Bir hastalıktan diğerinin ayrılmasını sağlayan *derece*, soy kütüğünün mantıksal-zamansal uyuşmazlığının göndermesine başvurulmadan sadece bu hastalıkların *benzerlikler*inin *bozulma* eşiğiyle ölçülür. İradî hareketlerin kayboluşu ve içsel ya da dışsal organlardaki duyarlılığın azalma biçimleri, beyin kanaması, bayılma, felç gibi özel biçimler genel hatlarda olup bitenin zuhur edişidir. Bu büyük benzerliğe küçük uyuşmazlıklar yerleşir: Beyin kanaması, duyuların kullanılmasını ve iradî kas hareketlerini engeller, fakat solunum ve kalp hareketlerini etkilemez; felç, kas ve sinir sisteminin yalnızca yerel olarak ayrılabilen bir bölümünü etkiler; bayılma, beyin kanaması gibi geneldir, ama solunum hareketlerini de kesintiye uğratır.[9] Beyin kanamasında işlevsel ve organik bir zarar, felçte bir semptom, bayılmada bir epizod görmemizi sağlayan perspektif dağılımı, sınıflandırıcı gözlemin sadece uyuşmazlığın ölçülebilir derecelerle değil, biçimlerin benzeşimleriyle tanım-

[8] Th. Sydenham, Sauvage'den alıntı (*a.g.e.*), I. Cilt, s. 88.
[9] W. Cullen, *Médecine pratique* (Fr. çeviri, Paris, 1785), II. Cilt, s. 86.

landığı yüzey bölümlemelerine duyarlı bakışında yer almaz. Yeterince yoğunlaşan benzeşimler, basit benzerlik eşiğini aşarak özsel bütünlüğe ulaşırlar. Kas hareketlerini bir çırpıda durduran kanama ile tüm motor sistemi yavaş yavaş istilâ eden kronik ve evrimsel biçimler arasında temelli bir fark yoktur: Zamanın dağıttığı biçimlerin karşılaştığı ve bir araya geldiği bu eşanlı mekânda, benzer kıvrımlar özdeşlik haline gelir. Düz, homojen ve ölçümsüz bir dünyanın benzeşimle doldurduğu her yerde temel bir hastalık vardır. Uygun bir sistemi esas alarak...

3. Benzeşimin biçimi hastalıkların rasyonel düzeninin örtüsünü de kaldırır. Bir benzerliğin fark edilmesi durumunda sadece basit ve göreli bir eşleme sistemi saptanmaz, hastalıkların idrak edilebilir düzenlemesi de vücut bulmaya başlar. Yaradılış ilkelerinin üzerindeki perde aralanır: Doğanın genel düzeni ortaya çıkar. Hastalığın etkileri, bitkilerde ya da hayvanlarda olduğu gibi temelde özgül vakalardır: "Tanrı, hastalıkları üretirken ve canlı bedenlerdeki hastalıklı sıvıyı olgunlaştırırken, bitki ve hayvanları birbirine karıştırırken uyduğu kurallardan daha kesin kurallara uymuştur... Dört günde bir gelen sıtma nöbetlerinin, ateşin ve titreme vakalarının, ezcümle hastalığa uygun bütün semptomların başladığı saati, zamanı, düzeni hassasiyetle gözlemleyen birinin, bu hastalığın bir tür olduğuna ya da bir bitkinin, her zaman aynı tarzda çiçeklenmesi ve solması nedeniyle bir tür oluşturduğuna inanmak için sayısız gerekçesi olacaktır."[10]

Bu botanik model, tıbbî düşünce için çifte önem taşımaktadır. Bu model ilk olarak biçimlerin özlerin üreme yasasındaki analojik ilkeye dönüşmesine imkân sağlamıştır; ve ikinci olarak hastalığın dünyasına ait olan bütün belirtilerden önce, içyüzde, ontolojik düzenle ilişkili olan dağınık buluş ve ilintililerini ihtiva eden unsurlar hekimin algısal dikkatine yol açmıştır. Tabiî hastalığın düzeni, yaşam dünyasının basit bir kopyasıdır aslında: İkisi de ele geçirmede benzer yapıları, benzer dağılım biçimlerini, benzer dü-

[10] Sydenham, Sauvage'den alıntı (*a.g.e.*), I. Cilt, s. 124–125.

zenlemeleri gösterirler. Hayatın rasyonelliği, hayatın kendisini tehdit eden rasyonellikle özdeştir. Bunların ilişkileri, doğa ve karşı-doğa ilişkisine benzemez; fakat her ikisi de ortak bir doğal düzen çerçevesinde uygun biçimde iç içe geçerler. Hayat hastalıkta *tanınır*, çünkü hastalığın *bilgi*sini yaratan şey, yaşamın yasasıdır.

4. Biz hem doğal hem de ideal türlerle âlâkadar oluruz. Hastalıklar bu türlerde, özsel hakikatlerini sergilemeleri nedeniyle doğaldır; hiçbir deneye tâbi olmayışlarıyla, değişmemiş ve bozulmamışlıklarıyla idealdirler.

İlk sıkıntı, hastalıkla birlikte ve hastalık nedeniyle belirmiştir. Hasta, türlerin düzeni içindeki yeri tarafından belirlenen ve tastamam tükettiği som nozolojik öze yatkınlığını, yaşını, günlük hayat biçimini ve çekirdek özle ilişkinin arazlar halinde belirdiği bir dizi olayı düzensizlik olarak ekler. Hekim, patolojik olgunun hakikatini anlamak için hastayı soyutlamak zorundadır: "Hastalık tanımlanmak isteniyorsa, o zaman, hastalığa eşlik eden ve hastalığa özgü semptomları, zorunlu olarak hastanın mizacına ve yaşına bağlı nedenlerle tesadüfi ve beklenmedik semptomların birbirinden ayırılmasına dikkat edilmelidir."[11] Istırap çeken hasta, paradoksal olarak – ıstırap karşısında – sadece dışsal bir olgudur; tıbbî okuma, bu mesele karşısında hastayı sadece parantez içine yerleştirmede hesaba katılmalıdır. Tabiî ki hekim, "hastalığa eşlik eden başka şartların ve krizlerin, semptomların, doğasını ve kombinasyonunu" bakışı aracılığıyla ortaya çıkarmak ve temizlemek için mevcut yapıyı "bedenlerimizin içsel yapısını" bilmelidir.[12] Burada bir *karşı doğa* fonksiyonunu yüklenen şey, hastanın hayatla ilişkisinde patalojik olan şey değil, bizatihi hastalıkla olan ilişkisidir.

Ve aynı durum sadece hasta değil, hekim için de geçerlidir. İdeal nozolojik düzenlemeye tam anlamıyla bağlı olmayan hekim

[11] Sydenham, *a.g.e.*

[12] Clifton, *Etat de la Médecine ancienne et moderne* (Fr. çeviri, Paris, 1742), s. 213.

müdahalesi bir şiddet eylemini içerir: "Hekimin rehberi, hastalıklar konusundaki bilgidir; çünkü iyileşmedeki ilerlemeler hastalığa dair eksiksiz bilgiye bağlıdır"; hekimin karşısında duran o pozitif bütünlük olarak hastaya daha başlangıçtaki dolaysız bakışı, o somut gövdeye değil "bir hastalığı diğerinden, hakikati yanlıştan, neden kaynaklandığı belli olanı kaynağı belli olmayandan, kötü huyluyu iyi huyludan ayıran belirtilerin"[13] âdeta olumsuzluklar halinde göründüğü, doğal gelen ayrımlara, boşluklara ve mesafelere yöneliktir. Hekimin bakışı, gerçek hastayı gizleyen ve tedaviye ilişkin tüm yersizlikleri kavrayan sisteme yöneliktir. Tartışmalı bir yaklaşımla çok erken verilen ilâç, hastalığın esas niteliğine ters düşer ve hastalığı müphemleştirir, hastalığın doğasındaki hakikatin önüne geçer ve hastalığı düzensizleştirerek, iyileşemez bir duruma getirir. Hekim, hastalık henüz yayılma dönemindeyken sadece soluğunu tutmalı ve beklemelidir, çünkü "başlangıç, hastalığın sınıfının, cinsinin ve türünün belirlenmesine yarar"; semptomların arttığı ve yoğunlaştığı dönemde, "hasta üstündeki etki ve ağrıların şiddetini azaltmak" yeterlidir; hastalığın yerleşme döneminde ise "doğası gereği takip ettiği yolları adım adım izlemek" ve bu yöntemi, yavaş gidiyorsa hızlandırmak, ama "hastaya sıkıntı veren şeyi çok güçlü bir biçimde tahrip etmeye başlamışsa" yavaşlatmak gerekir.[14]

Hastalığın rasyonel mekânında yer alan doktorların ve hastaların bir hak olarak kapladıkları alandan söz edilemez, doktora ve hastaya sadece kaçınılması mümkün olmayan belâlarmış gibi katlanılır: Tıbbın paradoksal rolü, her şeyden önce doktor ve hastanın tarafsızlaştırılmasından, aralarındaki azamî farkın sürdürülmesinden meydana gelir; öyle ki her ikisi arasında beliren açıklıkta, hem yoğunluktan hem gizlilikten yoksun hareketsiz, eşzamanlı bir resim biçiminde özetlenmiştir; hastalığın ideal yapılanması özler düzenindeki kendi varlığında teşhise açık bir halde, somut ve serbest bir biçimdedir.

---

[13] Frier, *Guide pour la conservation de l'homme* , (Grenoble, 1789), s. 113.

[14] T. Guindant, *La nature apprimee par la medecine moderne* (Paris, 1768), s. 10–11.

Sınıflandırıcı düşünce kendisi için, her ân ortadan kaldırarak ilerleyeceği verili, temel bir mekân ayırır. Hastalık sadece bu mekânda mevcudiyet bulur, çünkü hastalığı bir tür olarak oluşturan yer o mekândır; bununla birlikte kendisini hazırlıklı bir hekimin gözlerinde ve gerçek bir hastada ortaya koyan hastalık, daima bu mekândan biraz farklı bir yerde görünür. Portrenin o güzelim düz alanı, aynı zamanda hem başlangıç, hem de nihaî sonuçtur: İşte bu aralık, sağlam temelli, rasyonel bir gövdedeki tıbbî bilgiyi mümkün kılan ve görünürde bu bilginin kendisini örten şeyin arasından geçerek yürümek zorunda olduğu yerdir. Buna bağlı olarak da tıbbın kendi durumuna karşılık vermeyi içeren ödevleri söz konusudur, ama amacına erişmek için sadece dayandığı örnekleri değil, kendi müdahalesini de tedricen tarafsızlaştırması nedeniyle, ayak izlerini birer birer gizlemek zorunda kaldığı bir patikadan geçmelidir. Anahatları, hakikatinin koşulları nedeniyle zorunlu olarak bulanıktır. Tıbbî bakışın bilinmeyen karakteri sonsuz bir karşılıklılığa yakalanmıştır: Hastalıkta görünür olana başvurur – ama görünürü göstererek gizleyen hastadan yola çıkar; nihayet bilebilmesi tanımasına bağlıdır. Çünkü ilerlerken gerileyen bu bakış, hastalığa dair hakikate ancak, hastalığın mücadeleden galip çıkmasına ve kendisini bütün fenomenleriyle birlikte, yani hakiki doğası içinde ortaya koymasına izin vererek ulaşır.

Resimde çizilebilir olan hastalık, gövdede açığa çıkar. Dolayısıyla gövdede, yapılanması oldukça farklı bir mekânla karşılaşır: İşte algının somut mekânı. Bu mekânın yasaları, hastalığın hasta bir organizmada kazandığı görünür biçimleri belirler. Hastalığın organizmadaki ortaya çıkış ve dağılma tarzı, sağlam şeyleri, hareketleri ya da işlevleri bozarak gelişir, otopsideki muhtemel lezyonlara yol açar, semptomların herhangi bir noktadaki karşılıklı etkileşimini tetikler, tepkileri kışkırtır ve buradan hareketle öldürücü ya da iyi bir sona girişir. Burada olup biten hastalığın resimdeki yapısıyla birlikte özünün de organizmanın kalın ve yoğun hacmine eklemlenmesi ve orada *vücut bulması* sayesinde türemiş olan kompleks figürlerdir.

Sınıfların homojen, türdeş, düz mekânı, hacim ve mesafe bakımından farklılaşmış kitlelerden oluşan bir coğrafî sistemde nasıl görünür olabilmektedir? Bir hastalık grubundaki *yer*iyle tanımlanan bir hastalık, bir organizma içerisindeki *yer*iyle nasıl karakterize edilebilir? Bu, patolojik olanın *ikincil uzamsallaştırılması* biçiminde adlandırılabilecek olan meselenin problemidir.

Sınıflandırıcı tıp nezdinde bir hastalığın tanımlanmasında mutlaka bir organın hastalığa yakalanması gerekmez: Hastalık bir yerelleşme noktasından başkasına sirayet edebilir, doğasındaki özdeşliği bozmadan bedendeki başka yüzeylere erişebilir. Bedenin mekânı ve hastalığın mekânlarından biri diğerinin eksenine göre yer değiştirebilir. Tek ve benzer spazm illeti, sindirim güçlüğü, içorgan tıkanmalarına, aybaşı ve basur akıntılarında kesilmelere yol açacağı altkarın bölgesiyle birlikte, soluk tıkanmaları, çarpıntılar, boğazda yumru hissi ve öksürük nöbetleri eşliğinde göğüs bölgesine doğru yer değiştirebilir ve nihayet, sara çırpınmalarına, baygınlıklara ya da koma halinde uykulara neden olacağı baş tarafında hissedilebilir.[15] Çeşitli türden semptomatik değişikliğin eşlik ettiği yer değiştirmeler zaman içinde tek bir kişide ortaya çıkabilir; bu belirtiler hastalığa yakalanma noktaları farklı olan bir dizi bireyin incelenmesiyle de anlaşılabilir. Spazmın göğüsteki biçimi özellikle lenf hastalarında, beyindeki biçimi ise kan hastalığı olanlarda izlenebilir. Ama asıl olan patolojik yapılanma hiçbir durumda değişmemiştir. Organlar hastalığın sağlam dayanaklarıdır; hastalığın zaruri koşullarını hiçbir şekilde tesis etmezler. Hastalığın organizmayla ilişkisini belirten noktalar sistemi, ne kalıcı ne de zorunludur. Hastalıkla organizmanın önceden tanımlanmış ortak bir mekânı söz konusu değildir.

Bu gövdesel mekânda özgürce hareket eden hastalık, sıçramalar yapar ve başkalaşımlar geçirir. Kısmî rota hiçbir şeyle sınırlanamaz. Bir burun kanaması kan tükürmeye ya da beyin kanamasına dönüşebilir; sadece kanlı sıvının akışı kendine has biçimini korur. Dolayısıyla da türler tıbbı, tarihi boyunca – sistemin tam

[15] *Encyclopedie*, "Spasme" makalesi.

dengesinde sadece birbirini destekleyebilen iki eğilim – organların birbirine etkisi doktrinine bağlı kalmıştır. Organizmada yer alan ve diğerinden etkilenen iletişim, yer yer lokal olarak taşman bir aracıyla (spazmlarda diyafram ya da sıvı boşaltımlarında mide), yer yer gövdenin bütününde saptanabilen bir yayılma sistemiyle (ağrılar ve kasılmalar için sinir sistemi ve iltihaplar için damar sistemi), başka uyuşma hallerinde basit bir fonksiyonel aktarımla (boşaltım ihtiyacı bağırsaklardan böbreklere, böbreklerden deriye geçer), nihayet bir bölgedeki duyarlılığın diğerine sinir sistemi aracılığıyla uydurulmasıyla (testislerde sıvı toplanması durumundaki bel ağrıları) düzenlenir. Ama ister aracı, ister aktarım, ister yayılma söz konusu olsun, anatomik çerçevedeki yeniden dağılım hastalığın temel yapısını değiştirmez; organların birbirini etkilemesi, yerelleşme mekânıyla yapılanma mekânı arasındaki ilişkiyi sağlar; dolayısıyla da bu ikisinin birbirleri karşısındaki serbestliklerini ve bu serbestliğin sınırlarını tanımlar.

Ya da belki, sınır yerine eşik demek daha doğru olacaktır. Çünkü diğerinden etkilenme sonucunda beliren aktarmanın müsaade ettiği homojenlikten ziyade, hastalıklar arasında, benzerlik ilişkisi olmayan bir illiyet bağı bulunabilir. Patolojik bir biçim, kendine özgü üstün yaratma gücü aracılığıyla nozolojik resimde kendisinden gayet uzaktaki bir başka biçimi doğurabilir. Komplikasyonlar, farklı türlerin yan yana dizildiği, birbirini izlediği bir yer olan gövdeden kaynaklanır; karma biçimler buradan kaynaklanır; mani ve felçte olduğu gibi, düzenli ya da en azından sık rastlanan ve birbirini izleyen olaylar gövdeden kaynaklanır. Haslam, "konuşması bozulan, ağzı yamulan, kol ve bacakları irade dışında hareket eden, belleği zayıflayan" ve tabiî genellikle "kendi durumlarının farkında olmayan" bu hastaları tanıyordu.[16] Semptomların üst üste gelmesi, aşırı durumların eşzamanlılığı: Kısaca bu unsurlar, tek bir hastalığın oluşmasına imkân tanımaz; sözsel ikâz ve hareket kaslarındaki felç arasındaki mesafe, hastalıklara ilişkin illiyet tablosunda kronolojik yakınlığın üstün gel-

[16] J. Haslam, *Observtions on madness*, (Londra, 1798), s. 259.

mesine ve bütünlüğe dair belirlemeye engel olur. Kendini önemsiz bir zaman aralığında dışa vuran bir illiyetlik fikrinin üstünlüğü buradan kaynaklanır; bazen ilk olarak maninin tetiklendiği görülür, bazen de harekete geçirici işaretler semptomatik bütünlüğe eklenir: "Felç illeti, hem deliliğin düşünüldüğünden çok daha sık bir biçimdeki nedeni, hem de maninin yaygın etkisidir." Dolayısıyla diğer organlardan etkilenmiş hiçbir öteleme türler arasındaki uçurumu geçemez; tabiî organizmadaki semptomların dayanışması, özlerle çarpışan bir uyumun oluşturulması için yeterli değildir. İşte bu nedenle, nozolojiler arasında yer alan ve diğer organlardan etkilenmede zıt bir fonksiyonu yerine getiren bir illiyetlik söz konusudur: İlliyetlik, zamanı ve mekânı baştan sona geçerken asıl biçimini muhafaza eder; temel saflıklardaki eşzamanlılıkları ve kesişme noktalarını ayrıştırarak devamlılığı sağlar.

Bu patolojide zamanın rolü sınırlıdır. Kabul edilen bir hastalığın seyri içinde değişik aşamaların belirebileceği varsayılır. Hastalığın kritik aşamaları Hipokrat'tan bu yana hesaplanabilmekte ve nabız atışlarına ilişkin önemli değerler bilinmektedir: "Kanama, her bir otuzuncu nabız atışı belirtisinden dört gün sonra gerçekleşir (biraz daha erken ya da biraz daha geç olması muhtemeldir). Her on altıncı atışta ortaya çıkarsa üç gün içerisinde gelir... Nihayet kanama her dördüncü, üçüncü, ikinci atışta ortaya çıkarsa ya da devamlılık kazanırsa, yirmi dört saat içerisinde beklenmelidir."[17] Ama sayısal olarak saptanan bu zaman, – âdeta kronik nezlenin belli bir zamanın ardından verem ateşine dönüşmesini çağrıştırır biçimde – hastalığın temel yapısına tâbidir. Zamanın bizatihi kendisinin ve kendi kararlılığı aracılığıyla sürekli yeni vakalara yol açacağı bir gelişim süreci söz konusu değildir; zaman, organik bir değişken olarak değil, sürece nozolojik bir sabitlenme olarak entegre olmuştur. Bedenin temposu hastalığın süresini değiştirmez ve onu çok fazla belirlemez.

---

[17] Fr. Solano de Luques, *Observations nouvelles et extraordinaires sur la prediction des crises*, Nihell'in zenginleştirdiği yeni basım (Fr. çeviri, Paris, 1748), s. 2.

Bu yüzden, hastalığın temel "gövdesi"ni hastanın reel bedeni arasındaki iletişime sokan, ne yerelleşme noktaları ne de devam süresinin etkileridir, bunlardan ziyade, niteliktir. Meckel, 1764 yılında Prusya Kraliyet Akademisi'ne sunduğu deneylerden birinde, çeşitli hastalıklar sırasında kafa içindeki bozulmaya ilişkin gözlemlerini ifade eder. Bir otopsi sırasında kafatasını açar ve beyin kitlesinin farklı noktalarından eşit hacimli (bir kenarı 6 *ligne*) küçük küpler alır; aldığı parçaları hem birbirleriyle, hem de diğer kadavralardan aldığı parçalarla karşılaştırır. Yaptığı karşılaştırmadaki belirgin ölçü ağırlıktır; bir kuvvet azalması hastalığı olan veremde, beynin özgül ağırlığı, bir inme hastalığı olan beyin kanamasına göre daha düşüktür (1 Drahmi 6–7 grama karşı, 1 Drahmi 3 gram): Hâlbuki ölümü doğal nedenlere bağlı olan bir örneğin ortalama beyin ağırlığı 1 Drahmi 5 gramdır. Bu ağırlık, kafa içi bölgelerine göre değişiklik gösterebilir: Veremde bilhassa beyincik hafiftir, ama beyin kanamasında merkezî bölgeler ağırdır.[18] Dolayısıyla hastalık ve organizma arasında, bölgesel bir ilkeye göre konumlanmış bağlantı noktaları söz konusudur; ama sözünü ettiğimiz bölgeler, sadece hastalığın kendi özgül niteliklerinin salgılandığı ya da yer değiştirdiği bölgelerdir: Canlı, sıcak ve patlayıcı bir hastalık olan mani hastalarının beyni hafif, kuru ve ezilgendir; genel kanamalı hastalıklar sınıfında yer alan veremde hastaların beyni kurumuş, güçsüz, etkisiz ve solgundur. Bir organda biriken hastalığı karakterize eden nitel bütünlük semptomlara yataklık eden o organda belirir. Hastalık ve gövde, birbiriyle sadece mekânsal olmayan bir nitelik unsuruyla temas ederler.

O halde tıp, Sauvage'nin "matematiksel" bilgi biçimi dediği şeyden uzaklaşmalıdır: "Niceliklerin varlığını ve ölçümlerini, örneğin nabız atışlarının gücünü ve hızını, ateşin derecesini, ağrının yoğunluğunu, öksürüğün ve diğer benzer semptomların şiddetini anlamak."[19] Meckel'in yaptığı ölçümler, bir bilginin matematiksel biçimlerini elde etmeyi amaçlamıyordu; Meckel'de öne çı-

[18] *Gazete salutaire*'deki özet, XXI. Cilt, 2 Ağustos 1764.
[19] Sauvage, *a.g.e.*, I, s. 91-92.

kan, tamamen hastalığın dayandığı belli bir patolojik niteliğin yoğunluğunu ölçmektir. Bedenin ölçülebilir hiçbir mekaniği, patolojik bir fenomeni kendi fiziksel ya da matematiksel özellikleriyle açıklayamaz; kasılmalar sinir sisteminin daralması ve kurumasıyla ortaya çıkmış olabilir – mekaniğin, ama ölçülebilir bir parçalar mekaniğinin değil, art arda gelen nitelikler, birbirine eklemlenmiş hareketler, dizi halinde patlak veren alt üst oluşlar mekaniğinin özelliğidir bu. Mekanikten kaynaklanmayan bir düzeneğin de ihtimal dâhilinde olduğu unutulmamalıdır. "Hekimler hastalıkların ve ilâçların etkisini kendi çalışmalarıyla öğrenmeye razı olmak zorundadırlar; bu etkiyi titizlikle inceleyerek, kuralları anlamaya gayret etmeli ve tabiî fiziksel nedenleri araştırmaktan hiçbir zaman kaçınmamalıdırlar."[20] Hastalığın gerçek biçimde matematikselleştirmesi, organik figürler ve nozolojik bir düzene sahip ortak, homojen bir mekânı akla getirir.

Buna karşılık, yer değiştirişleri nitel bir bakışı akla getirmektedir; hastalığı kavramak isteyen kişinin, uyarmanın, yüksek ısının, kuruluğun bulunduğu kısımlara ve güçsüzlüğün, tıkanmanın, nemin görüldüğü kısımlara bakması gereklidir. Şâyet birinde akciğerlerde kuru iltihap, diğerinde seröz sıvı toplanmasına rastlanmıyorsa, benzer bir kuruluk, benzer bir öksürük ve benzer bir ateş durumunda zatülcenple verem birbirinden nasıl ayırt edilir? Nitelikleri göz önüne alınmadan, beyni iltihaplı bir sara hastasının kasılmalarıyla iç organları tıkanmış kuruntulu bir hastanın kasılmaları nasıl ayıt edilir? Niteliklerin incelikle algılanması, bir durumla diğer durum arasındaki farkların algılanması, değişkenlerin duyarlılıkla algılanması: Bunlar için patolojik olgunun, canlı ve uygun bir deneyden hareketle yapılacak tam bir yorumu gerekli kılar; değişimler, dengeler, fazlalıklar, eksikliklerin ölçümü yapılacaktır: "İnsan bedeni damarlardan ve akışkan maddelerden meydana gelmiştir; ... damarların ve liflerin esnekliği çok fazla ya da çok az değilse, akışkan maddelerin yoğunluğu uygunsa, yani bu maddelerin hareketi ne çok fazla ne de çok az ise, insan

[20] Tissot, *Avis aux gens de lettre sur leur sente* (Lozan, 1767), s. 28.

sağlıklıdır; şâyet hareket... çok kuvvetliyse, katı cisimler sertleşir, akışkan maddeler yoğunlaşır; ama çok dayanıksızsa, lifler gevşer, kan kesilir."[21]

Ve bu hassas niteliklere açık olan tıbbî bakış, tüm değişiklikleri karşısında zorunlulukla özenli olmaya başlar; hastalığın kendi özgül karakteriyle anlaşılması, her tekil denklemi değerlendirmek zorunda olan hassas bir algı biçimine dayanır. Peki, bu tekillik neye bağlıdır? Bu kesinlikle, patolojik sürecin ve tepkilerin bir "vaka" oluşturmak üzere görülmemiş bir biçimde birbirine bağlandığı bir organizmanın tekilliği değildir. Biz burada, daha ziyade, marazın nitel çeşitlilikleri ile, yani nitel çeşitliliklerin ikinci aşamadaki değişiminde vücut yapılarına eklediği çeşitliliklerle ilgileniyoruz. Sınıflandırıcı tıbbın "özel tarihler" diye adlandırdıkları, marazları karakterize eden özsel niteliklerin nitel çeşitliliklerinin (vücut yapılarına bağlı) kışkırttığı çoğalmanın sonuçlarıdır. Hasta birey kendini, bu çoğalmanın sonucunun belirdiği noktada keşfeder.

Hastalığın paradoksal pozisyonu bu ândan itibaren başlar. O ızdırap veren marazı tanımak isteyen, bireyi tekil nitelikleriyle birlikte ele almalıdır. Zimmermann şöyle diyordu: "Doğanın yaratıcısı, hastalıkların pek çoğunun seyrini, hasta tarafından müdahale edilmediği ya da kesintiye uğratılmadığı zaman kısa sürede keşfedilebilen değişmez yasalarla belirlemiştir."[22] Bu düzeyde birey sadece negatif bir unsurdan ibarettir. Fakat şimdi bireyde bütün niteliksel fenomenlerin silinemez destekleri olarak pozitif görünen ve organizmaya hastalığın temel düzeniyle eklemlenen bu düzenin duyulabilir lokal mevcudiyeti, anatomik hacimlerin çevresinde yer alan nozolojik yüzeyin benzerliklerini birleştiren anlaşılmaz mekânın bir parçasıdır aslında. Hasta, yeri doldurulamaz olan merkezi ve tam da bu eşsizliği nedeniyle geometrik olarak mümkün olamayacak bir sentezdir: Niteleyici değişimler dizisinde yoğunlaşmış olan bir düzen. Aynı zamanda hastada sa-

---

[21] *A.g.e.*, s. 28.

[22] Zimmermann, *Traite de l'Esperience* (Fr. çeviri, 1800), I. Cilt, s. 122.

dece hastalığın negatif tarafını gören Zimmermann, Sydenham'ın genel izahatları karşısında "zaman zaman sadece özel tarihleri" dahil etmeyi tercih etmiştir. Doğa bütünlük içerisinde yalınken, bölümlerinde değişiklikler göstermektedir; sonuç olarak onu hem bütünlük hem de bölümleri içinde tanımak gerekir."[23] Türler tıbbı, bireye yönelik bir dikkati önemser – genellikle daha aceleci ve zamansız öz okumalarını, genel algı formları karşısında daha sabırsız ve daha az tolere eden bir ilgi.

"Aesculapius'un* bekleme salonunda her sabah ve daima elli-altmış hasta bekler; hekim her birinin şikâyetini ayrı ayrı dinler, onları dört sıraya dizerek, birinci sıradakilerden kan örneği vermelerini ister, ikinci sıradakilere ishal ilâcı, üçüncü sıradakilere lavman, dördüncü sıradakilere de hava değişimini uygun görür."[24] Bu hekimlik değildir; dahası gözlemlenecek şeylerin sayısından dolayı gözlemin kapasitesini öldüren, gözlemcinin yeteneklerini yok eden hastane pratiği gerçeğinin benzeridir. Tıbbî algı ne dizilere ne de gruplara yönelmelidir. "Bir nesnenin farklı bölümlerine tutulan ve aracılığı olmadan görülemeyen başka bölümlerin de fark edilmesine imkân veren bir büyüteçle"[25] bakar gibi yapılanmalı ve özgünlüklerin anlaşılması için yapılacak sonsuz ödeve gömülmelidir. Bu noktada yukarıda sözünü etiğimiz portrenin temasını buluruz; hasta, tekil özellikler kazanmış hastalıktır; gölge ve rölyefle, değişimler, ayrıntılar ve derinlikler ortaya çıkmıştır ve hastalığı betimlemek için hekimin göstereceği gayret, aslında bu canlı derinliği göstermek olacaktır: "Hastanın aynı rahatsızlıklarını, aynı ağrılarını, aynı davranışlarıyla, aynı tutumuyla, aynı terimleriyle ve aynı şikâyetleriyle yorumlamalıdır."[26]

Türler tıbbı, birincil uzamsallaştırmada hastalığı, bireyin olumlu konum edinemediği türdeşlikler zeminine yerleştirmiş-

---

[23] *A.g.e.*, s. 184.

* tıp veya sıhhat tanrısı, tanınmış hekim anlamında da kullanılır, *–y.n.*

[24] *A.g.e.*, s. 187.

[25] *A.g.e.*, s. 127.

[26] *A.g.e.*, s. 178.

tir; buna karşılık ikincil uzamsallaştırma, tekil olanın, kolektif tıbbî yapılardan serbest kalmış ve her türden grup bakışından ve bizzat hastane deneyiminden bağışık haldeki derin algısını gerektirir. Hekim ve hasta kesintisizce büyüyen bir yakınlık içerisine girmiş ve hekim hastaya, gözleyen, her zaman daha çok destekleyen ve nüfuz eden bir bakışla, hasta da hekime, kendisini açığa vuran – yani hastalığın düzenli formlarını gösteren ve değiştiren –, açıklanamayan ve yeri doldurulamaz nitelikler bütünlüğüyle bağlanmıştır. Nitelikler, nozolojik karakterlerin ve hastanın çehresinde okunur ve yüz hatlarının sonundaki çizgiler arasından özgürce bedene sirayet eder. Tıbbî bakışın bu bedende uzun bir süre boyunca, en azından bu bedenin yoğunluğunda ve fonksiyonunda kalmaya ihtiyacı yoktur.

Verili bir toplumda hastalığı kuşatmaya, tıbben sarmaya, yalıtmaya, ayrıcalıklı ve kapalı bölgelere dağıtmaya ya da elverişli olmak üzere düzenlenen iyileştirme merkezlerine bölüştürmeye ilişkin davranışların tümüne birden, üçüncü uzamsallaştırma diyelim. Üçüncü olması, öncekilerden daha az önemli ve türemiş bir yapının söz konusu olması demek değildir; bu uzamsallaştırma, bir grubun kendini korumak ve ayakta kalmak için, ayıklamalar yapma, yardım biçimleri düzenleme, ölüm korkusuna karşı gelme, sefâleti yok etme ya da azaltma, hastalıklara müdahale etme ya da onları doğal seyrine bırakma yollarına başvurduğu bir tercih sistemine bağlıdır. Ama diğer uzamsallaştırma biçimlerine göre, çok daha çeşitli diyalektiklerin bulunduğu bir yerdir: Heterojen kurumlar, kronolojik uyumsuzluklar, politik mücadeleler, talepler ve ütopyalar, ekonomik baskılar, toplumsal çatışmalar. Burada bir tıbbî kuramlar ve uygulamalar bütünü, bir toplumsal mekâna ait oluşu, yapısı ve yasaları farklı nitelikte olan formlarla birlikte, birincil ve ikincil uzamsallaştırmaları da oyuna katar. Ve bununla birlikte, daha doğrusu bu aynı nedenden dolayı bu uzamsallaştırma, en radikal sorunların çıkış noktasıdır. Tıbbî deney bel-

ki de bundan sonra dengesini yitirmiş ve en somut algıları için yeni bir zemin ve yeni boyutlar saptamıştır.

Türler tıbbı nezdinde hastalığın, doğası gereği, toplumların mekânına yabancı mevsimleri ve biçimleri vardır. Hastalığın, aynı zamanda gerçek doğası ve izlediği en makul yol olan "yabanıl" bir doğası vardır: Yalnızken, müdahaleden azade, tıbbın oyunu işe karışmadan, onun özündeki düzeni, âdeta bir bitkininki gibi büyümesini gösteren çizgilerini ifşa eder. Ama yerleştiği toplumsal mekân ne kadar karmaşıklaşırsa, o da o kadar *doğal olmaktan çıkar.* Uygarlıktan önce insanlar, sadece en basit ve en kaçılmaz olan hastalıklara yakalanmışlardır. Köylüler ve halktan insanlar temel nozolojik tabloya hâlâ yakındır; yaşamlarının yalınlığı tablonun makul düzeninde de görülür: Onlarda o karışık, karmaşık, değişken sinir hastalıkları değil, gerçek mani krizleri ya da ciddî beyin kanamaları görülür.[27] Kişinin koşullara göre yetişmesi ve bireylerin çevresindeki toplumsal ağın daralmasıyla ilişkili olarak, "âdeta sağlık da giderek bozulur"; hastalıklar farklılaşır ve birbirine karışır; sayıları "burjuvazinin üst kesiminde daha şimdiden oldukça fazladır; ... ve toplumun üst kesimlerinde mümkün olan en yüksek seviyeye çıkar."[28]

Hastane, uygarlık gibi, yeri değiştirilmiş hastalığın asıl yüzünü yitirme tehlikesiyle karşı karşıya bulunduğu suni bir mahaldir. Hastalık orada hemen, hekimlerin hastane ya da hapishane humması olarak adlandırdıkları bir komplikasyon biçimiyle karşılaşır: Kas güçsüzlüğü, kuru ve paslı dil, kül rengi yüz, bedene yapışmış deri, sindirim bozukluğu, soluk renkli idrar, solunum yollarında sıkışma, sekizinci ya da on birinci günden en geç on üçüncü günde gelen ölüm.[29] En geneliyle, türlerin birbirine geçtiği bu darmadağınık bahçede diğer hastalarla kurulan zorunlu temas, hastalığın gerçek doğasını bozar ve anlaşılmasını zorlaştırır; peki bu kaçınılmaz yakınlık çerçevesinde, "hastaların bedeninden yayılan o uğursuz koku, kangrenli organlar, erimiş kemikler, bulaşıcı ül-

---

[27] Tıssot, *Traite des nerfs et de leurs maladies* (Paris, 1778–1780), II. Cilt.
[28] Tıssot, *Essai sur la sante des gens du monde* (Lozan, 1770), s. 8–12.
[29] Tenon, *Memoires sur les hôpitaux* (Paris, 1788), s. 451.

serler, tifolar, pütrit ateşler (vücuttaki bazı organların çürüyüp kokmasına bağlı ateş, *–ç.n.*) nasıl tedavi edilir?"[30] Ayrıca birçokları nezdinde "ölüm tapınakları"ndan ibaret olan bu evlerin kuşattığı, ailesinden koparılmış bir hasta üzerinde bıraktığı kötü izler unutturulabilir mi? Kalabalık içindeki bu yalnızlık, bu çaresizlik, hem organizmanın sağlıklı tepkilerini hem de hastalığın doğal seyrini bozar; "hastanelerde tedavi etmek zorunda kalacağı suni hastalıkların sonucuymuş gibi gözüken yanlış deneyim tehlikesinden kaçınmak için", çok usta bir hastane hekimi gerekecektir. "Aslında hiçbir hastane hastalığı saf değildir."[31]

Hastalığın doğal yeri, yaşamın doğal yeridir – ailedir: Şefkâtli, içten gelen bakımın yumuşaklığı, sevgi ifadesi, iyileşme için duyulan ortak arzu, tümü birden, maraza karşı mücadele eden doğaya yardım etmek ve marazın kendi gerçeği içinde ortaya çıkmasına imkân tanımak için bir araya gelirler. Hastane hekimi, değişikliğe uğramış kuşkulu hastalıklardan, patolojik olanın teratolojisinden (oluşum aykırılıkları disiplini, *–ç.n.*) başka bir şey görmez; evdeki tedavici ise "kısa sürede, tüm hastalık türlerinin doğal fenomenlerinde yerleşik olan hakiki bir deneyim edinir."[32] Ev hekimliği kaçınılmaz biçimde saygılı davranma eğilimindedir: "Hastaları gözlemlemek, doğaya, ona şiddet uygulamadan yardım etmek ve gösterişten uzak bir biçimde hâlâ birçok bilginin eksik olduğunu itiraf ederek beklemek."[33] Böylece türler patolojisindeki eski etkin hekimlik ve bekle-gör hekimliği tartışması yeniden belirir.[34] Nozolojistler zorunlu olarak ikincisinin tarafında yer alırlar ve bunlar arasındaki Vitet, iki binden fazla türü kapsayan ve *Medecine expectante* (Bekle-gör Hekimliği, *–ç.n.*) adını taşıyan bir sınıflandırmasında, doğanın doğal hareketini tamamlamasına yardım gayesiyle daima kınakınayı önerir.[35]

---

[30] Percival, Lettre à M. Aikin, J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* içinde (Fr. çeviri, Paris, 1777), s. 113.

[31] Dupont de Nemours, *Idees sur le secours à donner* (Paris, 1786), s. 24–25.

[32] *A.g.e.*

[33] Moscati, *De l'emploi des systemes dans la medecine pratique*, s. 26–27.

[34] Bkz; Vicq D'azyr, *Remarque sur la medecine agissante* (Paris, 1786).

[35] Vitet, *La medecine expectante* (PARİS, 1806), 6. Cilt.s

Dolayısıyla türler tıbbı, hastalık için ayrıcalıklı bir bölgenin, hastane koşullarının dayattığı kısıtlamalarını içermeyen özgür bir uzamsallaştırmaya işaret eder – hastalık kendi doğal konumunu ve paradoksal olarak kendi doğumuna ve gelişim alanında kendini ilga ederken bir çeşit kendiliğinden dağılım gerçekleştirir: Kuralı buysa ölüm kaçınılmaz; doğasını bozacak bir şey yoksa genellikle muhtemel iyileşme. Hastalığın, ortaya çıktığı alanda benzer biçimde umulur. Hastalığı tıbben hazırlanmış bir alanla sınırlamamak, doğduğu yerde sözcüğün pozitif anlamıyla "büyüme"ye bırakmak gerekir. Doğduğu yer, hastalığın en doğal, en ilkel, manevî açıdan en sağlam, aynı zamanda hem gizli hem de tamamen saydam olan haliyle düşünüldüğü ve kendisini yalnızca kendisine teslim ettiği toplumsal mekândır, ailedir. Bu tema, politik düşüncede yardım sorununu düşünme tarzıyla tamamen örtüşmektedir.

Hastane vakıflarının eleştirisi, 18. yüzyılda ekonomik tahlilin ortak konusu olmuştur. Vakfedilen mallar devredilemez; bunlar yoksulların daimi payıdır. Ama yoksulluk daimi değildir; ihtiyaçlar farklılaşabilir ve pek tabiî yardım da, sırasıyla taşraya ya da ihtiyaç duyan kentlere yapılmak zorundadır. Düzenlemeler, bağışçıların iradesine karşı gelmek değil, aslında bu iradeyi gerçek şekliyle yeniden ele almak anlamına gelir. Bağışçıların "temel hedefi, vakıf kurucularının amacından sapmadan ve dahası onların görüşlerine sadakatle halkın hizmetinde olarak devletin görevlerinden hiç değilse bir kısmını üstlenmek olmuştur; hastanelere ayrılan malların tamamı ortak bir mal varlığı olarak kabul edilmelidir."[36] Tekil ve dokunulmaz vakıf, toplumun yönettiği ve bütün toplumun yararlandığı bir genel yardım sistemi lehine lağvedilmelidir. Dahası, vakfın yardımı milletin yoksullaşmasına ve bu yüzden yeni vakıflara ihtiyaç duyar hale gelmesine yol açacak şekilde sermayenin hareketsiz kılınmasına dayandırması da ekonomik bakımdan yanlıştır. Yardımı üretici zenginliğe (ser-

[36] Chamousset (C. H. P.), Plan général pour l'administration des hôpitaux, *Vues d'un citoyen*'in içinde (Paris, 1757), II. Cilt.

maye) ya da üretilen zenginliğe (her zaman sermayeleştirilebilir rant) değil, bizzat zenginlik üreten ilkeye, emeğe dayandırmak gerekir. Yoksullara, ulusu yoksullaştırmadan yardım etmenin tek yolu onları çalıştırmaktır.[37]

Hastalanan kişi kuşkusuz çalışacak durumda değildir, lâkin hastaneye yatırılırsa, topluma iki kez yük haline gelir. Göreceği yardım sadece kendisine hastır, dolayısıyla yüzüstü bırakılan ailesi de sefâlet ve hastalıkla karşı karşıya kalır. Kapatılmışlığın etkisi aracılığıyla hastalığın yaratıcısı olan hastane, yer aldığı toplumsal mekân içinde hastalığın ikinci kez yaratıcısıdır. Korumaya ayrılan bu bölüm, hastalığı yayar ve sonsuza kadar çoğaltır. Tersine, hastalık eğer doğduğu ve geliştiği serbest alanda bırakılırsa, hiçbir zaman kendisi dışında bir şey haline gelmeyecektir. Ortaya çıktığı gibi ortadan kalkacaktır. Hastaya evde yapılacak yardım, hastalığın yol açtığı yoksulluğu giderecektir. Hastanın yakın çevresindekilerin basit yardımlar biçiminde gerçekleştireceği bakım hiçbir ek masrafa yol açmayacak ve dahası aile de hastaya yapılan maddi yardımlardan faydalanacaktır: "Haşlanıp suyu hastaya verilecek eti elbette birisi yer ve hastanın ilâcını kaynatmak için gereken ateşle çocukların ısınmasını da sağlamak ayrı bir maliyet getirmez."[38] Hastalıkların başka hastalıklara yol açmasından ve yoksulların daha da yoksullaşmasından oluşan zinciri, anlaşılmaz ama arzulananın tam tersine hastalığı koruyup kollamakla sonuçlanacak şekilde hastalar için özel ve ayrı bir mekân yaratmaktan vazgeçildiği zaman kırılır.

Gerekçelerinden bağımsız olarak ekonomistlerin ve sınıflandırıcı hekimlerin düşünce yapıları genel çizgileriyle uyuşmaktadır. Hastalığın olgunlaştığı, yalıtıldığı ve sona erdiği mekân, bölümü ya da ayrıcalıklı ve açık seçik bir biçimi yansıtmayan, sadece görünür belirtiler düzlemine indirgenmiş tamamen açık bir mekândır: Kendini ifşa ederken aynı zamanda yok olan bir bakışın ve sadece geçici bir telafinin etkisiyle değer kazanan bir

[37] Turgot, *Encyclopedie*'deki "Fondation" makalesi.

[38] Dupont de Nemours, *Idees sur les secours à donner* (Paris, 1786), s. 14–30.

yardımın müdahalesinden başka hiçbir müdahaleye izin verilmeyen homojen mekân; bireylerin algılanan benzerliklerinin ve özel bir hekim tarafından özel bir hastaya uygulanan tedavilerin dışında kendine özgü bir morfolojiyi içermeyen bir mekân.

Ama bu şekilde sonuna dek götürüldüğünde sorunsal tersine döner. Tekil, birbiriyle bağlantılı ve mutlak aile figürüne indirgenen bir toplumun serbest mekânına yayılan bir tıp deneyimi, toplumun yapısının ta kendisine bağlı olmayacak mıdır? Bu deneyimin bireye gösterdiği tekil ilgi, yayıldığında grubun bütünüyle örtüşen genelleştirilmiş bir ilgiyi içermez mi? Devletle birlikte, değişmez, genel ama farklılaştırılmış bir yardım politikası uygulayabilmesi için devlete yeterince bağlı bir tıp tasarlamak gerekecektir; tıp ulusal görev haline gelmekte ve Menuret, Fransız Devrimi'nin başlangıcında, hükümetin kilise gelirlerini aktararak ücretini karşılayacağı hekimler tarafından gerçekleştirilecek ücretsiz tedaviler düşlemektedir.[39] Aynı şekilde, bu hekimler üzerinde bir de denetim sağlamak gerekir; suiistimalleri engellemek, şarlatanları yasaklamak; sağlam ve rasyonel bir tıp organizasyonuyla, evde yapılan tedavilerin hastayı bir kurbana dönüştürmesini ve hastalığın, hastanın çevresindekilere yayılma tehlikesi oluşturmasını engellemek gerekir. İyi bir hekim devletten geçerlik kanıtı almak ve devletin yasal korumasını kabul etmek zorundadır, ona düşen, "gerçek bir iyileştirme sanatının var olduğunu göstermek"tir.[40] Bireysel algının, aile yardımının ve evde yapılan tedavinin tıbbı, yalnızca kolektif olarak denetlenen ve toplumsal mekânın bütününü kaplayan bir yapıdan destek alabilir. XVIII. yüzyılda, hastalığın kurumsal mekânsallaşmasının hemen hemen hiç bilinmeyen, yepyeni bir biçimine girişilir. Burada türler tıbbı kaybolacaktır.

---

[39] J. -J. Menuret, *Essai sur les moyens de former de bons medecins* (Paris, 1791).

[40] Jadelot, *Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblee Nationale sur la necessite et le Moyen de perfectionner l'enseignement de le medecine* (Nancy, 1790), s. 7.

2
politik bilinç

Vücut bütünlüğü, XVIII. yüzyıldaki, türler tıbbı ile karşılaştırıldığında bir enfeksiyonun belli bir bölgede sürekli hastalık yaratması ve salgın mefhumlarının sadece marjinal bir önemi vardı.

Hem Sydenham'a hem de dersindeki anlam belirsizliğine geri dönmek gerekiyor. Sınıflandırıcı düşünceye ön ayak olan Sydenham, aynı zamanda hastalığın tarihsel ve coğrafî bilincinin muhtemel göstergelerini de tarif etmiştir. Sydenham'ın "Vücut bütünlüğü" özerk bir doğa değildir, tüm doğal olayların karmaşasıdır – âdeta geçici bir düğüm gibi: Toprağın nitelikleri, iklimler, mevsimler, yağmur, kuraklık, sağlıksız konutlar, kıtlık. Tabiî tüm bunların, ortaya çıkan fenomenleri açıklamadığı durumda, hastalıklar bahçesinde belirgin bir türü değil, toprak altındaki bilinmez bir çekirdeği incelemek gerekir. "Yılların oluşumu her zaman çeşitlidir. Bu yapı, oluşumunu ne ısı ne soğuk ne kuraklık ne de verimliliğe borçludur. Ama daha çok, gizli ve açıklanamayacak bir değişiklik nedeniyle, toprağın bizzat iç bünyesine dayanır."[1] Vücut bütünlüğünün kendine has semptomları yoktur; daha yoğun ya da daha güçsüz fenomenlerle, umulmayan belirti gruplarıyla,

[1] Th. Sydenham, *Opera Medica* (Cenevre, 1736) içinde Observationes medicae, I, s. 32. ("Variae sunt semper annorum constitutiones quae neque calori neque frigori non sicco humidove ortum suum debent, sed ab occulta potius inexplicabili quadam alteratione in ipsis terrae visceribus pendent.).

vurguların yer değiştirmesiyle tarif edilirler: Ateşler şiddetli ve kuru olabilir, öte yanda nezle ve burun akıntıları daha sık görülebilir; iç organlardaki tıkanmalar, sıcak ve uzun bir yaz boyunca alışılmıştan daha fazla ve daha sürekli olur. Londra'da 1661 Temmuz'undan Eylül'üne kadar: "Hastaya gizli gizli yaklaşan nöbet, insanların ve bedensel işlevlerinin büyük zarar görmesine, zararların hızla artmasına ve bizzat hastalığın, ateşin yayılmasından dolayı ölümcül olmasına neden olmaktadır".[2] Vücut bütünlüğü, az çok değiştirilmiş bir görüntüyü içereceği özgül bir mutlağa sonradan eklenmemiş, sadece bazı farklılıkların göreliğinde – sanki ayırıcı bir bakışla – algılanmıştır.

Her oluşum bir salgın değildir; fakat salgın daha sık taneli, daha homojen ve daha sabit fenomenleri içerir. XVIII. yüzyıl hekimlerinin, salgının bulaşıcı niteliğini kavrayıp kavramadıkları ve yayılmasındaki etkenin ne olduğunu araştırıp araştırmadıkları sorusunu cevaplamak için uzayıp giden birçok tartışma cereyan etmiştir, tartışmalar devam etmektedir. Temel yapıya yabancı ya da en azından temel yapıdan uzak, anlamsız bir soru. Salgın, yalnızca özel bir hastalık formu olmaktan daha fazla bir şeydir; XVIII. yüzyılda hastalığı görmenin yeterli, uygun ve özerk bir yoludur: "Çok sayıda insanda aynı zamanda ve aynı değişmez özelliklerle görülen tüm hastalıklara salgın hastalık adı verilir."[3] Demek ki bireysel bir hastalıkla bir salgın fenomeni arasında tür ya da doğa farkından söz edilemez; yer yer görülen bir hastalığın salgından sayılması için, çeşitli kerelerde ve aynı ânda ortaya çıkması yeterlidir. Safça matematik bir eşik sorunu: Yer yer rastlanan hastalık, başlangıç öncesindeki bir salgından ibarettir. Söz konusu algılama, türler tıbbında olduğu gibi öze yönelik ve derecelenmiş olmak yerine, nicelikseli ve esası içermektedir.

Algının temelindeki özgül bir tip değildir, ama bir yığınlar

---

[2] *A.g.e.*, s. 27. ("Aegri paroxysmus aporexia obscurio, virium et appetitus prostratio major, major item ad paroxysmum proclinitas, omnia summatim accidentia immaniora, ipseque morbus quam pro more Febrium intermittettium funestior".)

[3] Le Brun, *Traite historique sur les maladies epidemiques* (Paris, 1776), s. 1.

topluluğudur. Salgının temelinde veba ya da nezle yoktur, "çocuklarda yaz boyunca döküntüyle karışık olarak mukoza iltihabına bağlı safra ateşlerine ve pütrit safra ateşlerine, sonbahar süresince de şiddetli safra ateşlerine neden olan bir salgınla karşılaşan" 1721'in Marsilya'sı, 1780'in Bicetre'si, 1769'un Rouen'idir. "Mevcut oluşum, sonbahar sonunda ve 1769'u 1770'e bağlayan kış mevsimi süresince pütrit safraya dönüşerek yozlaşır."[4] Bahsedilen patolojik formlar, semptomun hastalıkla ilişkisini çağrıştırmaktadır, ama bu rolün karmaşık kesişmeler dizisindeki etkenleri olarak. Zarurî temel, zamanla, yerle, kış süresince Nimes'de geçirilen "canlı, sert, etkili, içe işleyen havayla"[5] ve Paris'in uzun ve ağır geçen yazlardan bildiği yapışkan, yoğun, kokuşmuş havasıyla tarif edilmiştir.[6]

Semptomların düzenliliği filigranda doğal bir düzen bilgisinin görünmesine izin vermez; sadece nedenlerin istikrarlı, bütünlüklü ve daima tekrarlanan baskısıyla öncelikli bir hastalık formunu belirleyen bir faktörün müzminliğinden bahseder. Bazen, zamana dayanan ve örneğin Polonya'da plika (ülkeye özgü bir deri hastalığı, *–ç.n.*), Ispanya'da sıraca hastalığını tetikleyen bir neden söz konusudur; böyle durumlarda yerleşik hastalıklardan çok kolay bahsedilebilir. Bazen de "yaş, cinsiyet, vücut yapısı gibi farklar gözetilmeden, aynı yerde çok sayıda insana birden bire saldıran" nedenler söz konusudur. Bunlar genel bir nedenin etkisini sergiler, ama sadece belli bir süre devam etmeleri nedeniyle, bu hastalıklar tamamen rastlantısal kabul edilebilir."[7] Çiçek hastalığı, kötü huylu hastalıklara bağlı ateş ya da dizanteri söz konusu olduğunda da benzer etkenler geçerlidir; bu hastalıklar gerçek anlamıyla salgındır. Hastalananların, ortamları ve yaşlarındaki çe-

---

[4] Lepecq De La Cloture, *Collection d'observation sur les maladies et constitutions epidemiques* (Rouen, 1778), s. XIV.

[5] Razoux, *Tableau nosologique et meteorologique* (Bale, 1787), s. 22.

[6] Menuret, *Essai sur l'histoire medico-topographique de Paris* (Paris, 1788), s. 139.

[7] Banan ve Turben, *Memoires sur les epidemies de Languedoc* (Paris, 1786), s. 3.

şitliliğe rağmen, hastalığın genel olarak benzer semptomlar aracılığıyla belirmesi şaşırtıcı değildir. Kuruluk ya da nemliliğin, sıcak ya da soğuğun etkisinin biraz uzun sürmesi, belirleyici kaynaklardan birinin baskınlığını kesinleştirir: Alkali, tuzlar, flojiston [yanmanın esası sayılan uçucu madde, *–ç.n.*]. "Öyleyse, biz bu kaynağın yarattığı rastlantılar karşısında korunmasız kalırız, farklı özneler için de aynı rastlantılar geçerlidir."[8]

Bir salgın tahlili, hastalığı nozolojinin soyut mekânına yerleştirmek ve böylece genel biçimini keşfetmek için değil, şartları da gözeterek salgından salgına farklılık gösteren, hastalığın nedeninden biçimine kadar tüm hastalarda ortak, ama zamanın bu ânında ve mekânın bu konumunda, hastalığa özgü bir yapı dokuyan genel belirtilerdeki özel süreci bulmak için yapılır. 1785 yılının Paris'inde her dört günde bir tutan nöbetler ve devamlı pütrit ateşler yaşanmıştır. Fakat salgının temeli, "kanallarında kurumuş, melankoliye dönüşmüş bir safra, azalmış, yoğunlaşmış ve âdeta yapışkana dönüşmüş kan, tıkanmış ve tıkanmanın merkezleri ya da nedenleri haline gelmiş altkarın bölgesi organlarıydı:"[9] Ezcümle bir tür genel benzersizlik, vasıfları zaman ve mekânda sadece bir kez ortaya çıkan, ama birden fazla başıyla birbirine benzeyen bir birey. Özgül hastalık kendini az veya çok ama daima tekrarlar, lâkin salgın tam olarak hiçbir zaman.

Bu algısal yapıda, bulaşma sorunu görece daha az önemlidir. Bir bireyden başkasına geçiş hiçbir durumda salgının özü değildir. Bulaşma, su, yiyecekler, temas, rüzgâr, kapalı hava aracılığıyla yayılan "miyazma" ya da "maya" biçimindeki salgının nedenlerinden birini, hem dolaysız ya da ilk nedenini (tek etkin neden olduğu zaman), hem de ikinci nedenini (bir şehir ya da hastanede, başka bir etkenden kaynaklanan bir salgın hastalığın ürünü olduğu zaman) oluşturabilir. Ama aslında yayılma, salgın hastalığa dair vahşi olgunun tarzıdır. Veba benzeri öldürücü hastalıkların arkasındaki bulaşıcı neden kolayca kabul edilecektir; fakat basit

[8] Le Brun, *loc. cit.*, s. 66, n. 1.
[9] Menuret, *loc, cit.*, s. 139.

salgın hastalıklar söz konusu olduğunda (boğmaca, kızamık, kızıl, safralı ishal, kesikli ateş) salgının varlığını kabul etmek daha güçtür.[10]

Bulaşıcı olsun olmasın, salgın bir tür tarihsel kendine özgülüğü içerir. Salgınla birlikte ortaya çıkan tümleşik bir gözlem davranışı ihtiyacının kaynağı tarihselliktir. Bir kolektif fenomenin varlığı, çoklu bakışa ihtiyaç duyar; ama tek bir süreç söz konusuysa içerdiği tekil, rastlantısal, beklenmedik şeyle birlikte tanımlamak gerekir. Olay tüm detaylarıyla tanımlanmalıdır, ama aynı zamanda çoklu algının zımni tutarlılığı ile uygunluk içinde tanımlanmalıdır. Belirsiz, kısmî, yerleşememiş öze ya da temele tek başına ulaşamayan biçimlenmemiş dikkatsiz bilgi, kendi kapsamına sadece bakış noktalarının çapraz kontrolündeki bakışların kesiştiği, kolektif fenomenlerin tek ve bireysel çekirdeğini nihayet sınırlayan düzeltilmiş ve tekrarlanan bilgiyle ulaşır. Bu deney biçimi XVIII. yy'ın sonundayken kurumsallaşmaya doğru ilerlemektedir. Her altdelegasyondaki eyalet sorumlusu, kantonlarındaki muhtemel salgınları takip etmek amacıyla bir hekim ve çok sayıda cerrahı görevlendirir. Görevliler, "hem devam eden hastalıklar hem de kantonların sağlık topografyası" konusunda eyalet başhekimiyle iletişim halindedirler. Dört ya da beş kişinin aynı hastalık nedeniyle başvurması durumunda, cerrahların uygulayacağı günlük tedavinin belirlenmesi için hekim tahsis edecek olan sübdelegenin hastalık konusunda bilgilendirilmesi gerekir, daha ciddî kabul edilen vakalarda ise vakaya rastlanan bölgeye, eyalet hekiminin bizzat gitmesi gerekir.[11]

Ama bu deneyim, sadece daraltıcı ve daimi müdahalelere eklendiğinde tam anlamını kazanır. Salgın hastalıklar tıbbı ancak kolluk gücüyle mümkün olabilecektir. Mezarlık ve lağım alanlarını kontrol altında tutmak, cesetlerin gömülmekten ziyade çoğunlukla yakılmalarına önayak olmak, et, şarap, ekmek ticaretini

[10] Le Brun, *loc. cit.*, s. 2-3.

[11] Anonim, *Description des epidemies qui ont renge depuis quelques annees sur la generalite de Paris* (Paris, 1783), s. 35–37.

denetlemek,[12] tentür hazırlanan yerleri ve mezbahaları düzene sokmak, sağlıksız konutları tahliye etmek gerekecektir. Tüm ülkedeki ayrıntılı incelemenin ardından, her il için "her pazar günü ve bayramlarda, vaaz ve âyinlerde" duyurulmak üzere, beslenme, giyinme, hastalıklardan korunma, yaygın hastalıkları önleme ya da tedavi yollarına ilişkin bir sağlık yönetmeliği hazırlamak gerekecektir. "Bu yönetmelik, çocukların ve en câhillerin bile ezbere okuyabildiği dualardaki dinsel buyruklar gibi olmalıdır."[13] Nihayet "her birine sınırlı bir bölge emanet edilerek çeşitli illerde görevlendirilecek" bir sağlık müfettişleri birimi oluşturmak gerekecektir. Bu birim görevlendirildiği bölgelerde hem tıbbî hem de fizik, kimya, doğa tarihi, topografya ve astronomiyle ilişkili konularda gözlemler yapacak, önlem alınmasını isteyecek ve hekimin çalışmasını denetleyecektir. "Devletten bu hekimlerin faydalı keşiflere girişme heveslerini teşvik ederek giderlerini üstlenmesini ve değerlendirilmelerini talep etmek zorundayız."[14]

Benzersiz ve kesinlikle tekrarlanmamış yaygın bir fenomene dair kolektif algı, tıpkı fenomenlerin çeşitliliğinde beliren bir özün kesintisiz özdeşliğiyle özel algı gibi birbirine karşıt olabilir, ama salgın hastalıklar tıbbıyla sınıflar tıbbı da birbirinin karşıtıdır. Bir durumda bir serinin tahlili, ötekinde bir örneğin deşifre edilmesi; salgın olaylarında zamanın bütünleştirilmesi, türler olayındaki hiyerarşik bir sıranın belirlenmesi; bir nedenselliğin nitelenmesi –temel bir bağlamın araştırılması; algının karmaşık bir tarihsel ve coğrafi mekândan zarifçe kurtuluşu–, anolojilerin kavranabildiği homojen yüzeyin sınırlandırılması. Elbette son tahlilde, hastalığı bölüştürmesi gereken bu üçüncül figürlerdeki belirsizlik devreye girdiğinde, tıbbî deney ve hekimin toplumsal yapılar, salgınlar ve türlerin patolojisi üzerindeki deneyimi benzer ihtiyaçlarla yüzleşir: Tıbbî bir politik statünün tanımı ve devlet ölçeğindeki bir sürekli bilgi, denetim ve zorlama görevini üstlenmiş

[12] Brun, *loc. cit.*,. s. 127–132.
[13] Anonim, *Description des epidemies*, s. 14–17.
[14] Le Brun, *loc. cit.*, s. 124.

bir tıp bilincinin oluşması; "tamamen tıbba uygun bir alan olduğu kadar kolluğun söz konusu edildiği meseleleri de içeren" her şey.[15]

Kraliyet Tıp Derneği'nin ve malûm derneğin Fakülte ile (üniversite otoriteleriyle) başa çıkılmaz çatışmasının kaynağı tam da buradadır. Hükümet 1776'da, son yıllarda insan ve hayvanlarda yaygınlaşan salgın hastalık fenomenlerini incelemesi amacıyla Versailles'da bir komisyon kurulması kararı alır; bu özel durumun açık nedeni, genel maliye denetçisini Fransa'nın güney batısında hastalık kuşkusu taşıyan tüm hayvanların itlaf edilmesi emrini vermek zorunda bırakan bir sürü hastalığıdır; bu, oldukça ciddî bir ekonomik karışıklığa neden olmuştur. 29 Nisan 1776 tarihli kararname, giriş bölümünde, salgınların "sadece başlangıçta yıkıcı ve öldürücü etkiler yarattığını, çünkü hastalığın pek bilinemeyen özelliklerinin, uygulanması gereken tedavilerin seçiminde hekimi kararsızlaştırdığını, mevcut kararsızlığın, farklı salgınların semptomlarını ve başarılı olduğu anlaşılan tedavi yöntemlerini incelemek veyahut tanımlamaktaki dikkatsizlikten kaynaklandığını" bildirmiştir. Komisyon üç aşamalı bir icraatla görevlendirilmiştir: Çeşitli salgın akımları konusunda bilgi edinerek anket yapma görevi; deneyler yapmak, uygulanan tedavileri kaydetmek, olguları kıyaslayarak hazırlanma; muhtemelen en uygun sonuçları sağladığını düşündükleri yöntemleri tıp pratisyenlerine gösterme, onlara talimat verme ve denetleme görevi. Komisyon sekiz hekimden oluşmuştur: "İnsan ve hayvanlardaki salgın hastalıklara ilişkin yazışma işleriyle" görevlendirilmiş bir başkan (de Lasson), taşra hekimleriyle bağlantıyı sağlayan bir genel komiser (*Vicq d'Azyr*) ve aynı konular üzerinde çalışan altı fakülte doktoru. Maliye denetçisi, görevlileri anket yapmak üzere taşraya gönderme ve rapor talep etme yetkisine sahiptir. Son olarak Vicq d'Azyr, komisyonundaki öteki üyelerden başka, fakülte

[15] Le Brun, *Loc. cit.*, s. 126.

doktorlarına ve "hak ettiklerini kanıtlamış öğrencilere" kıyaslamalı insan anatomisi dersi vermekle görevlidir.[16] Böylece ikili bir denetime başlanır: Politik otoritelerin tıbbî süreçleri denetimi ve ayrıcalıklı bir tıbbî birimin pratisyen hekimleri denetimi.

Fakülteyle uyuşmazlık hemen ortaya çıkar. Çağdaşlar nezdinde bu durum, politik olarak desteklenen modern kurumla, arkaik ve kapalı olan kurumun çatışmasıdır. Fakülteden yana olan biri mevcut uyuşmazlığı şöyle anlatır: "Biri eski, tüm nitelikleriyle–bilhassa çoğunun yetiştiği ve üyesi bulunduğu camiada muteber kabul edilen bir kurum; ötekinde ise kamu yararından başka etmiş oldukları yemin nedeniyle de bağlı kalmaları lazım gelen Fakülte Kurulu'nu entrikalarla elde edilebilen kariyer uğruna terk ettikleri ve kendi kurumlarını Kraliyet bakanları derneği lehine tercih ettikleri üyeleriyle modern bir kurumdur."[17] Fakülte protesto amacıyla üç ay süresince "greve gider"; üyeler yükümlülüklerini yerine getirmeyi ve o derneğin üyeleriyle konsültasyonu reddeder. Lâkin meclisin yeni komiteyi desteklemesi nedeniyle sonuç peşinen bellidir. Fakültenin Kraliyet Tıp Derneği'ne dönüşümünü kendi imtiyazlarını vurgulayan mektuplarla tasdik edenler, 1778 yılından başlayarak kayıt altın alınmıştı. Tabiî Fakülte "bu olay karşısında hiçbir savunma yapmaması" konusunda bir yasaklamayla karşı karşıya kalmıştır. Mevcut durumda Fakülte sadece iki bin lira almaktadır, ancak dernek maden sularından edinilen rantlardan kırk bin lira almaktadır.[18] Fakat daha önemlisi derneğin rolü sürekli olarak artar: Dernek, salgınları denetleme organıyken yavaş yavaş bir bilgi toplanma merkezine, bütün tıp etkinliğinin kayıt altına alındığı ve yargılandığı bir makam halini alır. Ulusal Meclis Finans Komitesi, derneğin Devrim'in başlangıcındaki statüsünü şöyle açıklayacaktır: "Bu derne-

---

[16] Cf. *Precis historique de l'etablissement de la Societe royale de Medecine* (s. l.n. d. Anonim yazar Boussu'dur).

[17] Retz, *Expose succinct à l'Assemblee Nationale* (Paris, 1791), s. 5–6.

[18] Cf. Vacher de la Feuterie, *Motif de la reclamation de la Faculte de Medecine de Paris contre l'etablissement de la Societe royale de Medecine* (s. l. n. d.).

ğin amacı Fransız tıbbı ve yabancı tıp arasındaki uyuşmayı sağlamak, yalıtık olan tekil gözlemleri bir araya getirmek, saklamak ve kıyaslamak, bilhassa yaygın hastalıkların nedenlerini araştırarak yinelenme zamanlarını hesaplamak ve etkili ilâçları saptamaktır."[19] Dernek sadece, kendini kolektif patolojik fenomenlerin incelemesine adamış hekimleri bir araya getirmekle kalmaz, aynı zamanda patolojik fenomenlerin *kolektif bilinci*nin resmî organına dönüşür: Hem bilgi hem de deneyim düzeyine, hem ulusal mekânlara hem de kozmopolit forma yerleşen bir bilinç.

Buradaki politik olaylar, temel yapılarla ilişkilendikleri oranda belli bir yenilik değeri de taşımaktadır. Genel çizgileri 1775–1780 yılları civarında biçimlenen ve zaman içinde genişleyerek Devrim ve Konsüllük yıllarında birçok reform projesini birlikte getirecek yeni bir deneyim tipi yaratılmıştır. Planlar arasından pek azı uygulanma şansı bulacaktır. Bununla birlikte içerdikleri tıbbî algı formu, klinik deneyin kurucu unsurları arasındadır.

Yeni bir bütünselleştirme stiliydi bu. Tıp bilgisi, XVIII. yüzyılın Kurumları, Aforizmaları, Nozolojileri ve incelemelerinde kapalı bir mekânda tanımlanmıştı. Çizilen tablonun bütün ayrıntıları henüz tamamlanmamış olabilirdi, şurasında burasında bilgisizlikten kaynaklanan eksik-gedikler de bulunabilirdi, ama genel biçimine bakıldığında kapsayıcı ve kapalıydı. Şimdiyse onun yerine ebedî ve açık tablolar konmuştu. Bu durumun örneği daha önce, Choiseul'un talebi üzerine askerî hekimler ve cerrahları kapsayan dört paralel ve sınırsız diziyi kapsayan kolektif bir çalışma planını içeren Hautesierck'in önerisinde mevcuttur: Topografyaların incelenmesi (yerlerin konumu, arazi, su, hava, toplum, nüfusun durumu), meteorolojik gözlemler (basınç, sıcaklık, rüzgârların düzeni), hüküm süren hastalıkların ve salgınların tahlili, sıra dışı durumların tanımlanması.[20] Ansiklopedinin içeriği yeri-

[19] Retz'den alıntı, *loc, cit.*

[20] Hautesierc, *Recueil d'observations de medecine des hôpitaux militaires* (Paris, 1766), I. Cilt, s. XXIV-XXVII.

ne, sürekli yenilenen sağlam bir bilgi içeriği yerleşir; mesele bilgiyi sistematik bir formda kapsamaktan ziyade, bütünlüklü olayları ve belirlemelerini bir araya getirmektir. "İnsanda, yeryüzünde ve evrende tüm hastalıkları, tüm bedenleri, tüm varlıkları birbirine bağlayan bir zincirin var olduğu doğrudur; hassas biçimde bilimsel incelemeye girişen soğukkanlı deneycinin yüzeysel bakışlarından ustalıkla sıyrılan fakat gerçekten gözlemci olan dâhiye kendisini gösteren bir zincir."[21] Cantin, Devrim'in başlangıcında, her ildeki bilgi toplama işinin hekimler arasından seçilen bir komisyon aracılığıyla yerine getirilmesini önerir;[22] Mathieu Geraud ise mevcut yönetim merkezlerinde bir "hükümet sağlık evi", Paris'te bulunan Ulusal Meclis'in yakınına bilgilerin merkezileştirileceği ve bunları ülkenin bir noktasından diğerine iletecek, belirsizliği devam eden sorunlarına ilişkin araştırmaları saptayacak bir "sağlık sarayı" yapılmasını talep eder.[23]

Artık tıbbî bakıştaki bütünlüğü oluşturan şey, kurulup tamamlanmış bilgi çemberi değil, zaman içinde sürekli yer değiştiren ve zenginleşen, yürüyüşüne başlamış ama durdurulması mümkün olmayan bu açık, sonsuz, hareketli bütünselliktir: Kısacası sonsuz ve değişken olaylar dizisine dair bir tür klinik kayıttır. Fakat dayanak, hastanın kendi tekilliği çerçevesindeki algılanması değil, giderek karmaşıklaşan çoğalan ve gürleşerek birbiriyle kesişen tüm bilgilerin, nihayet bir tarihin, bir coğrafya ve bir devletin boyutlarına yükselmiş olan kolektif bilincidir.

Sınıflandırmacılar (18. yy'da) nezdinde tıbbî bilginin temel eylemi işaretleme yapmaktı: Bir semptomu bir hastalığa, bir hastalığı özgül bir topluluğa yerleştirerek elde edilen topluluğu patoloji dünyasının genel planında konumlandırmak. Salgınların ve konstitüsyonların/oluşumların tahlili konusundaki birbirleriyle kesişmesi ise Menuret'in bahsetmiş olduğu o "zincir"in yeniden kurulmasına imkân sağlayan dizilerle bir ağ kurulmasıdır. Razo-

---

[21] Menuret, *Assai sur l'histoire medico-topographique de Paris*, s. 139.

[22] Cantin, *Projet de réforme adresse à l'Assemble Nationale* (Paris, 1790).

[23] Mathieu G_raud, *Projet de decret à rendre sur l'organisüion civile des medecins* (Paris, 1791), no 78–79.

ux hem her gün gözlemlenen hastaların nozolojik tahliliyle, hem de hastalıkların doğuşu, gelişimi ve krizleriyle kıyasladığı meteorolojik ve iklime bağlı gözlemler yapar.[24] Öyleyse, hem nedensel bir yapıyı gösteren, hem de hastalıklar arasında hısımlıklar ya da yeni bağlantılar izlenimini yaratan bir çakışmalar sistemi beliriverir. Sauvage'in, "sanatımızı geliştirebilecek bir şey varsa..." diye yazdığı Razoux, "bu, son derece çalışkan ve son derece titiz otuz kadar hekimin elli yıllık bir dönemde gerçekleştireceği benzer bir çalışmadır... Doktorlarımızdan birini bizim *Hôtel Dieu*'de (bölge hastanesi, *–ç.n.*) aynı gözlemleri yapmaya özendirmek için elimden geleni yapacağım" der.[25] Öyleyse tıp bilgisinin eylemini kendi somut formunda tanımlayan, hekimin hastayla karşılaşması ya da bir bilginin bir algıyla kıyaslanmasından ziyade, birbiriyle türdeş, fakat aynı zamanda yabancı da olan sayısız bilgi dizisinin sistematik kesişmesidir –farklı olayların sonsuz bir bütününü barındıran, ama kesişmelerinin, kendi yalıtılabilir bağımlılığında *kendine özgü olgu*yu ortaya çıkardığı birçok dizi. Bilginin sagital (vücudu sol, sağ şeklinde ortadan ayıran düzlem, *–y.n.*) figürü.

Tıbbî bilinç, bu hareket çerçevesinde ikili bir konum kazanır: Dolaysız ortaya çıkışlar düzeninde dolaysız bir düzeyde yaşar; ama kendisini, bünyeleri ortaya çıkardığı, karşılaştırdığı ve kendiliğinden, dogmatik söylemsel biçimler aracılığıyla bilgisini ve yargısını kesin bir üstünlükle dile getirdiği bir üst düzeyde konumlandırır. Yapı merkezileşir. Kraliyet Tıp Derneği, merkeziliğini kurumlar düzeyinde gösterir. Ve Devrim'in başlangıcında, tıp bilgisinin hem bu zorunlu ve ikili konumunu hem de iki konum arasındaki mesafeyi koruyan daimi salınımı sistematize eden projelere çok rastlanır. Mathieu Geraud, bir savcının, "becerisi kanıtlanmadan, bir başkasına ait olan ya da kendisine ait olmayan bir hayvana, dolaylı ya da dolaysız sağlık usulleri uygulayarak müdahale eden kişileri" ihbar edebileceği bir sağlık mahkemesi

[24] Razoux, *Tableau nosologique et meteorologique adresse à l'Hôtel-Dieu de Nîmes* (Bâle, 1761).

[25] *A.g.e.* s. 14.

kurulmasını teklif ediyordu.[26] Kurulması teklif edilen mahkemenin, kusurlar, yetersizlik ve profesyonelliği suiistimal edenlere ilişkin yargılarına, yasal tıbbın kuracağı içtihat aracılık etmelidir. Burada dolaysız bilgilerin geçerliğinin bir tür kolluk tarafından denetimi söz konusudur. Yargıyla birlikte "tüm sağlık dallarını içeren güçlü bir kolluk kuvvetine sahip olan" bir Yürütme gerekecektir. Yürütme, okunacak kitapları ve kaleme alınacak eserleri işaret edecek, toplanan bilgiler çerçevesinde yaygın hastalıkların kontrol altına alınmasında izlenecek tedavileri gösterecek, yaptırdığı anketler ya da yabancı çalışmalar arasından tedaviler için uygun olanları hafızalarda kalması amacıyla yayımlayacaktır. Özerk bir hareketi izleyen tıbbî bakış, ikiye bölündüğü ve sadece kendi kendini kontrol ettiği kapalı bir mekâna yayılır; uzun zamanlardan itibaren borçlu olduğu ve bizatihi hem yoğunlaşma noktası, hem dağılma merkezi olduğu bilginin gündelik deneydeki paylaşımını egemen olarak tek başına şekillendirir.

Tıbbî mekân, gündelik deneyde toplumsal mekânla rastlaşabilir ya da daha doğrusu onu katederek tamamen nüfuz edebilir. Kesişen bakış biçimlerinin bir ağ oluşturduğu ve mekânın her noktasında, zamanın her ânında, sabit, hareketli ve farklılaşmış bir gözetim uygulayan hekimler için genelleştirilmiş bir yerleşiklik planlamasına girişilir. Böylece hekimlerin köylere yerleştirilmesi meselesi gündeme gelir;[27] doğum ve ölüm kütüğüne (hastalıklar, yaşam tarzları ve ölüm nedenlerine ilişkin notlar taşıması gereken, böylece patolojinin nüfus dairesine dönüşen) dayanan istatistikî sağlık denetimi yapılması ve reform nedenlerinin düzeltme kurulu tarafından ayrıntılı biçimde bildirilmesi talep edilir. En sonunda ise, her yönetim bölgesi için, "hem bölge, konutlar, insanlar, başlıca alışkanlıklar, giyim, kuşam, atmosfer oluşumu, toprak üretimleri, ürünlerin tam olgunluk ve hasat zamanını, hem de yöre sakinlerinin fiziksel ve ruhsal eğitimini kapsa-

[26] Mathieu Geraud, *loc. cit., s. 65.*

[27] Cf. N.-L. Lespagnol, *Projet d'etablir trois medecins par discrict pour le soulagement des gens de le campagne* (Charleville, 1790): Royer, *Bienfaisance medicale et projet financier* (Provins, IX. Yıl.

yan titiz değerlendirmelerle" tıbbî bir topografya oluşturulur.[28] Tabiî hekimlerin yerleştirilmesi yetmezmiş gibi, aynı zamanda her bireyin bilincinin tıbben uyarılmış olması talep edilir; yurttaşların tıp konusunda bilmesinin mümkün ve zorunlu olduğu konularda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastalığın yayılmasını önlemenin en iyi yolunun tıbbı yaymak olduğunu düşünen görüş, her pratisyen hekime gözetmenlik etkinliğinden başka öğretmenlik rolünü de ekleyerek mevcut görevi iki katına çıkarmak zorunda kalacaktır.[29] Bilginin biçimlendiği konum, artık Tanrı'nın türleri dağıttığı bu patolojik bahçe değil, zamana ve mekâna yayılan, açık ve hareketli, hem her bireysel var oluşa, hem de ulusun, hastalığın büyük, toplu formunu çeşitli görünümlerde açığa çıkardığı sınırsız alanda uyanan kolektif yaşamına her zaman bağlı olan yaygınlaşmış bir tıp bilincidir.

Devrim'in hemen ardından gelen yıllar, içerikleri ve kutupsallıkları nedeniyle iki büyük mitin doğduğuna tanıklık etmiştir: Millileştirilmiş bir tıp mesleği miti, âdeta ruhban sınıfı gibi örgütlenmiş insan bedeni ve sağlığı söz konusu olduğunda, ruhban sınıfın ruhlar üzerinde uyguladıklarına benzer güçlerle donatılmış; huzurlu, dingin ve eski sıhhatine yeniden kavuşmuş bir toplumda hastalığın tamamen yok olacağı miti. İki tematizmin açık çelişkisi yanılgı yaratmamalıdır: Bu düşsel figürlerin her biri, siyah ve beyaz olarak aynı tıbbî deneyim resmini yansıtır. Bu iki düşsellik, eş biçimlidir –biri toplumun dogmatik, militan ve kesin olarak tıbbileştirilmesini olumlu bir tarzda, neredeyse dinsel bir dönüşümle ve tedaviyle ilgilenen bir ruhban sınıfının kurulmasıyla, diğeri bu aynı tıbbileştirmeyi olumsuz ve zafer kazanmış bir tarzda anlatır; bu, düzeltilmiş, örgütlenmiş, kesintisizce denetlenmiş ve

[28] J. –B. Demangeon, *Des moyens de perfectionner le medecine* (Paris), VII. yıl), s. 5–9; cf. Audin Rouvi_re, *Essai sur la topographie physique et medicale de Paris* (Paris, II. yıl).

[29] Bacher, *Del la medecine consideree politiquement* (Paris, XI. yıl), s. 38.

nihayet bizzat tıbbın da amacı ve var oluş nedeniyle birlikte yok olacağı bir ortamda, hastalığın kaybolması anlamına gelir.

Devrim'in erken yıllarındaki verimli proje yaratıcıları arasındaki Sabarot de l'Averniere, hekimlerle din adamlarında kilisenin en açık iki misyonunun –ruhların teselli edilmesi ve ıstırapların hafifletilmesi– doğal mirasçılarını görmektedir. Dolayısıyla, yüksek ruhban sınıfının başlangıçtaki kullanım amaçlarından saptırmış olduğu kilise mallarına el konulmalı, kendi maddî ve manevî ihtiyaçlarının farkında olan ulusa geri verilmelidir. Gelirler, kilise papazları ve hekimler arasında eşitçe paylaştırılarak dağıtılacaktır. Hekimler bedenin papazları değiller midir? "Ruh, canlı bedenlerden ayrı düşünülemez, şâyet din işlerinden sorumlu olan bakanlar da büyük saygı görüyorlar ve tabiî devletten de eksiksiz bir dürüstlük umuyorlarsa, sağlığınızdan sorumlu bakanların kendi ihtiyaçlarının karşılanması ve size yardım edebilmek için gereken aylık maaşı alabilmelidir. Onlar bozulmamış duyumlarınızın ve kabiliyetlerinizin koruyucu melekleridir."[30] Hekim artık tedavi ettiği hastalardan ücret talep etmeyecektir; hastalara yardım zorunlu ve parasız olacaktır – ulusun, kutsal görevlerinden biri olarak sağlayacağı bir hizmettir; hekim bu hizmette sadece bir araçtır.[31] Yeni hekim, öğrenimi tamamladığında kendi seçtiği göreve değil, ihtiyaçlara ya da boş kadroları bulunan yerlere ve çoğunlukla da taşrada kendisine gösterilen göreve atanacaktır; elbette deneyimi zenginleştikten sonra daha büyük sorumlulukları ve daha iyi ücreti olan bir mevki talep etme hakkı kazanacaktır. Amirlerini etkinliklerinden haberdar edecek ve kendi yanlışlarından sorumlu olacaktır. Denetimli ve çıkar gütmeyen bir kamu etkinliğine dönüşen tıp, kesintisizce yetkinleşebilecek, fiziksel sefâletlerin hafifletilmesiyle, laik bir karbon kopya çeşidini oluşturacağı Kilise'nin eski tinsel yatkınlığıyla birleşecektir. Tabiî bir tarafta ruhların selâmetiyle ilgilenen din adamları ordusu, öteki

[30] Sabarot de L'averniere, *Vue de Legislation medicale adressee aux Etats generaux* (1789), s. 3.

[31] Menuret'in *Essai sur le Moyen de former de bons medecins* (Paris, 1791) adlı eserinde tıbbın kilise gelirleriyle finanse edilmesi düşüncesi vardır, ama bu yalnızca yoksulların tedavisi için söz konusudur.

tarafta ise hasta bedenlerin sağlığıyla ilgilenen bir hekimler ordusu yer alacaktır.

Öteki mit tarihsel düşünceye daha sonra taşınan bir hükümdür. Hastalıklar, bireyin var oluş koşulları ve yaşam tarzlarıyla ilişkilidir, dolayısıyla çeşitli bölge ve dönemlere göre çeşitlilik gösterirler. Savaşlar ve kıtlıklar zamanı olan Ortaçağ'ın bezgin insanları, dehşete ve dermansızlığa (beyin kanamaları, sıtma) boyun eğmişlerdi; ama XVI. ve XVII. yüzyıllarla birlikte vatan duygusunun ve vatana ilişkin zorunlulukların eski ciddiyetinin kalmadığı görülür; bencillik ağır basmaya başlar, sefahat ve oburluk (zührevî hastalıklar, göğüs ve damar tıkanmaları) alışkanlığa dönüşür; XVIII. yüzyılın zevk arayışı düş gücünden geçer; tiyatroya gittiler, romanlar okudular, boş konuşmalarla kendinden geçtiler; gece uyanık kaldılar, gündüz uyudular; histeriler, hastalık hastalıkları, sinir hastalıkları bu günlerden kaynaklanır.[32] Öyleyse savaş, şiddetli heyecanlar ve işsizlik olmadan yaşayan bir ulus, bilhassa zenginliğin yoksulluk üstünde tesis ettiği despotluğu ve kendiliğinden meydana gelen suiistimalleri tanımayan bir ulus, bu kötülüklerin hiçbirini tanımayacaktır. Zenginler mi? "Refah içinde ve hayatın hazlarının ortasında devam eden yaşamlarındaki, ihtişamlı öfkeleri, şiddetli huysuzlukları, istismarları ve tüm ilkeleri hiçe saymalarının neden olduğu aşırılıklar onları her türlü hastalığın kurbanı haline getirir; kısa sürede... yüzlerinde kırışıklıklar belirir, saçları ağarır, hastalıklar onları zamanından önce yok eder."[33] Zenginlerin ve krallarının despotluğuna maruz kalan yoksullara gelince, onlar kendilerini sefâlete sürükleyen vergilerden, sadece vurguncu tekelcilere kazanç sağlayan kıtlıktan ve kendilerini "aile kurmanın daimi olarak engelleneceği ya da en iyisi sadece güçsüz ve mutsuz varlıklar dünyaya getirmeye" mecbur eden sağlıksız konutlardan başka bir şey tanımazlar.[34]

---

[32] Maret, *Memoires ou on cherche à determiner quelle influence les moeurs ont sur la sante* (Amiens, 1771).

[33] Lanthenas, *De l'influence de la liberte sur la santé* (Paris, 1792), s. 8.

[34] *Agr.*, s. 4.

Bundan dolayı hekimin ilk görevi politiktir: Hastalıkla mücadele, kötü yönetimlere karşı girişilen bir savaşa önayak olmalıdır. Şayet ilk önce özgürleşmesi sağlanmadığı takdirde, insan asla tamamıyla ve kesin olarak iyileşmeyecektir. "Yegâne uğraşı insan olan ve her gün yoksulla zenginin, sıradan yurttaşla en güçlünün evinde, kulübelerle saraylarda, insanların aslında zorbalık ve kölelikten ibaret olan sefâletini seyredenler hekimler değilse, zorbaları insanlara kim göstermek zorundadır?"[35] Tıp, politik olarak etkili olmayı başarabildiğinde, artık tıbben kaçınılmaz olmayacaktır. Tabiî eşitsizliklerin yok edildiği, uyumun egemen olduğu ve nihayet özgürleşmiş bir toplumdaki hekimin rolü sadece geçicidir: Bedenin ve kalbin dengesi için yurttaşa ve yasa koyucuya öğütler vermek. Artık ne hastanelere ne akademilere ihtiyaç duyulacaktır: "En güç ve en önemli girişimler söz konusu olduğunda yurttaşları azla yetinmeye alıştıran ve bilhassa gençlere, orduda ve donanmada en sıkı disiplini sevdirerek yeni olanakların, ortadan kaldırılmış harcamaların, önüne geçilmiş dertlerin kaynağı olan bir yaşamın –güç bir yaşam olsa da– hazlarını öğreten basit diyet kuralları." Elbette hekimin, kendini tamamen sağlığına adamış olmanın mutluluğuyla yaşayan bu küçük şehirde kalan yüzü, insanların belleklerinin derinliklerinde belki de hasta, yoksul ve köle oldukları o zenginlikler ve krallar döneminin anısından sonra yavaş yavaş sararıp kaybolacaktır.

Bunların hepsi sadece gündüz düşüdür; bayramını kutlayan bir şehirde, gençliğin çıplak olduğu, kış mevsiminin tanınmadığı bir zamanda âdemoğlunun açık havadaki düşüdür; hakikatin en eski biçimleriyle kuşatılmış olan doğanın yakın zamanlardaki temasının birleştirdiği cennetimsi antik kırların bilinen sembolüdür: Bu değerler kısa zamanda solup gidecektir.[36]

Bu düşler yine de önemli bir rolü yerine getirmiştir: Düşler, tıbbı devletlerin kaderine bağlayarak tıpta olumlu bir anlam orta-

---

[35] *A.g.e.*, s. 8.

[36] Jironden olan Lanthenas 2 Haziran 1793'de yasaklılar listesine alınmış, daha sonra Marat'ın onu "akıl yoksunu" olarak nitelemesiyle listeden çıkarılmıştır. Bkz. Mathiez, *La Revolution française*, II. Cilt (Paris, 1945), s. 221.

ya çıkarmıştır. Mevcut tıp, "milyonlarca hastalığın kuru, üzücü tahlili" ve olumsuzun kuşkulu olumsuzlamasına girişmek yerine, insan hayatındaki mutluluğun, erdemin ve sağlığın pozitif rolüne dair muhteşem saptama görevini üstlenmiştir. Tıbbî faaliyeti eğlencelerle akamete uğratmak, sükûnet içindeki duyguları heyecana dönüştürmek; gösterilerin erdemini ve okumaları gözlemek onun işidir; evliliklerin geçici bir sevda ya da sadece bireysel çıkar amacıyla yapılmadığını, tersine devletin de yararına olarak sadece kadim mutluluk koşuluna dayandığını denetlemek de onun işidir.[37]

Tıp artık sadece tedavi tekniklerinin ve illetler bilgisi bütününün ihtiyaç duyduğu sınırlarda olmak zorunda değildir; tıp bunlarla birlikte hem *sağlıklı insan* bilgisini, hem *hasta olmayan insan* incelemesini hem de *model insan* tanımını kucaklayacaktır. Tıp, insanî varoluş düzeninde kendisine sağlıklı bir yaşam için öğütler verme otoritesini tanımakla kalmayıp, bireyin hayatını içinde sürdürdüğü toplumun standart fiziksel ve ahlâkî ilişkileri konusunda buyurma hakkını da üstlenen kuralcı bir tutum takınır. O sınırlı alana, ama modern ve egemen insan için organik, düz, tutkusuz ve güçlü bir mutluluğun, ulusun düzeni, orduların gücü, halkının verimliliği ve emeğinin sabırlı ilerleyişiyle kesin olarak bağıntılı olduğu alana yerleşir. Lanthenas, o kuruntulu insan, tıbbın kısa ama tarihteki en yüklü tanımını yapmıştır: "Tıp en sonunda olması gereken şey, yani doğal ve toplumsal insanın bilgisi olacaktır."[38]

Tıp bilgisine ait çeşitli formlardaki "sıhhat" ve "normallik" gibi pozitif kavramlara nasıl ve ne ölçüde başvurduğunu belirlemek önemlidir. Tıbbın çok genel bir tarzda, XVIII. yüzyılın sonuna kadar normallikten ziyade sıhhatle ilgilendiği söylenebilir. Tıp bu dönemde, nerede yoldan saptığını, onu neyin bozduğunu, eski durumuna nasıl getirilebileceğini araştırmak amacıyla organiz-

---

[37] Bkz. Ganne, *De l'homme physique et moral, ou recherches sur les moyens de rendre l'homme plus sage* (Strazburg, 1791).

[38] Lanthenas, *a.g.e.*, s. 18.

manın "düzenli" fonksiyonlarının tahliline girişmez; daha ziyade hastalıkta kaybolan ve yeniden sağlanması gereken güç, esneklik ve akışkanlık niteliklerine başvurur. Tıbbî pratiğin mevcut kapsamı, perhize, diyet bilgisine, kısaca hastanın bizatihi kendisine empoze edeceği yaşam ve beslenme disiplinine büyük önem verecek durumdadır. Tıbbın sıhhatle kurduğu imtiyazlı ilişki, insanın kendi kendisinin doktoru olma imkânını içermektedir. Lâkin sıhhatten ziyade normalliğe yer veren XIV. yüzyıl tıbbının tutumu, kavramlarını ve müdahale biçimlerini saptadığı bir işleyişe ya da organik yapıya göre hayat bulur. Tabiî önceleri hekim nezdinde marjinal ve saf teorik kabul edilen fizyolojik bilgi, bütün tıbbî düşüncenin merkezine yerleşecektir (Claude Bernard bunun kanıtıdır). Dahası var: Hayat bilimlerinin* XIX. yüzyıldaki saygınlığı, bilhassa beşerî bilimlerde üstlendiği rol modeli, ilk başlarda biyolojik kavramların kapsayıcı ve aktarılabilir karakterinden ziyade derin yapısı, sıhhatli/hastalıklı karşıtlığına denk düşen bir mekâna yerleştirilmesi olgusuna karşılık gelir. Grupların ve toplumların hayatından, ırkın hayatından ya da "psikolojik yaşam"dan söz edilecekse sadece *organlaşmış varlığın* içsel yapısı değil, normalle patolojiğin tıbbî iki kutupluluğu da düşünülecektir. Bilinç canlıdır, çünkü tahrif edilmiş, sakatlanmış, yönü değiştirilmiş, felç edilmiş olabilir; toplumlar canlıdır, çünkü bir yanda dertliler, hasta düşenler, öteki tarafta sıhhatliler ve gelişenler vardır; ırk ise soysuzlaştığı izlenen bir canlı varlıktır; ve çoğu kez öldüğü fark edilen uygarlıklar için de aynı şey geçerlidir. Şayet beşerî bilimler, yaşam bilimlerinin uzantısı olarak belirdiyse, muhtemeldir ki, onların temelinde *biyolojik* olduğu kadar *tıbben* de yeterince yayılamadığındandır: İnsan bilimleri hiç kuşkusuz transfer, içe aktarma ve çoğunlukla da metafor yoluyla, biyologların biçimlendirdiği kavramları kullanmıştır; fakat adandıkları konunun kendisi (insan, insanın davranışları, bireysel ve toplumsal icraatları) normal ile patolojik olanın ilkesine uygun biçimde paylaşılan bir alanı ifade etmektedir. Dolayısıyla vücut bulduğu

* tıp, anatomi, biyoloji, zooloji, ... –*y.n.*

negatif tezahürden çözülemeyen, ama yerleştirdiği deneyselliğe de kural olarak örtülü bir biçimde bağlı olan beşerî bilimlerin tekil karakteri buradan kaynaklanır.

3
serbest alan

Her ikisinin de paylaştığı ortak bir sonucun yarattığı fark edilir prestij, patolojik türler tıbbıyla toplumsal mekân tıbbı arasındaki karşıtlığın kendi çağdaşlarının gözünden kaçmasına yol açmıştı: Bu sonuç, bakışın yeni ihtiyaçlarıyla uzlaşmayan tıp kurumlarına ait bütün alanların ilgası anlamına geliyordu. Gerçekten de türlerin doğal ihtiyacının bütünlüklü ve yoğun biçimde ortaya çıkacağı, tamamen açık bir tıbbî deneyim alanının oluşturulması gerekmişti. Aynı zamanda bir popülasyonun sağlığı konusundaki bilginin doğru, esasen kalıcı ve teferruatlı bir formasyonuna neden olacak kapsamın, mevcut alanın kendi bütünlüğü çerçevesinde yeterince korunması ve toparlanması gerekmektedir. Tahrifata uğramadan ve bir engelle karşılaşmadan yayılan ve saf gerçeğini bakış aracılığıyla yenileyen mevcut tıp alanı, en azından örtük geometrisindeki –ilk formülleriyle– garip bir şekilde Devrim'in hayal ettiği toplumsal mekâna benzer: Kendi bütünleriyle daimi ilişkinin sürdürülmesine uygun eşdeğer parçalar dizisi kuran bölgelerin her birinde homojen bir biçim; bölümlerin bütünle olan ilişkisinin her zaman aktarılabilir ve tersine çevrilebilir olduğu bir serbest dolaşım mekânı.

Dolayısıyla *politik ideoloji*nin gerekleri ile *tıbbî teknoloji*nin gerekleri arasında kökü derinde bulunan kendiliğinden bir uyum söz konusudur. Devlet adamları ve hekimler, farklı sözcük dağar-

cığıyla ama temelinde özdeş nedenlerle bu yeni mekânın oluşumunun önüne çıkacak engellerin bir çırpıda ortadan kaldırılmasını isterler: Hastalığı yöneten özgül yasaları değiştiren ve çalışmayla yoksulluk, mülkiyetle zenginlik arasındaki ilişkileri tanımlayan en az bunlar kadar kesin olan yasaları rahatsız eden hastaneler; merkezileştirilmiş tıp bilinci formasyonu ve dayatılmış kısıtlamalar olmaksızın evrensele erişmesine yol açan bir deneyimin serbestçe işlemesini engelleyen hekimler birliği; ve nihayet doğruluğu sadece teorik yapılar içinde tanıyan ve bilgiyi toplumsal bir imtiyaz haline getiren fakülteler. Özgürlük, hakikatin dizginlenemeyen hayatî kudretidir. Bu yüzden dünya, her türlü engellemeden azade bir bakışın artık dolaysız hakikate boyun eğmediği bir yer olmalıdır: Bakış hakikate ne sâdâkat hissiyle bağlanır, ne de aynı zamanda üstün bir tahakküm iddiasında bulunmaksızın ona tâbi olur: Gören bakış hükmeden bir bakıştır; tabiî kendisini nasıl tâbi kılacağını bilmekle beraber, kendi efendilerine de hükmeder: "Karanlıklara ihtiyaç duyan despotizmdir, fakat görkemle ışıldayan özgürlük kendi varlığını sadece insanları aydınlatabilen her türden ışıklarla kuşatılmış olarak devam ettirebilir; fakat zorbalık kendini sadece halkların uykusu sırasında yerleştirebilir ve benimsetebilir... Başka ulusları politik otoritenizle değil, hükümetlerinizle değil, ama yetenekleriniz ve bilgilerinizle kendinize bağlayın... Halklar için, boyunduruğu önünde eğilenleri hiç tiksindirmeyen bir diktatörlük vardır: Bu, dehanın diktatörlüğüdür."[1]

1789'dan II. Yılın *Termidor*'una* kadar, tıbbî yapıdaki bütün reformlara kılavuzluk eden ideolojik tema, özgürlük hakikatinin

---

[1] Boissy d'Anglas, *Adresse à la Convertion 25 pluviôse an II*. Guillaume, *Proces-verbaux du Comite d'Instruction publique de la Convention*'un içinde (II. Cilt, s. 640–642).

* Fransız Devrim Takvimi'nde 19-20 Temmuz, 17-18 Ağustos arasına karşılık gelen on birinci ay. Fransız Devrimi'nin radikal kanadı Jakobenlerin iktidarına son veren ve Devrimin Napolyon'un imparatorluğundan geçerek krallığın yeniden kuruluşuyla son bulan sağa kayışını başlatan hükümet darbesi II Yıl 9 Termidor'unda (27 Temmuz 1794) yapılmıştır. *–ç.n.*

egemen temasıdır. Aydınlanmanın kendi yüceliğini tesis eden görkemli şiddet, imtiyazlı bilgilerin karanlık imparatorluğunu ortadan kaldırarak bakışın engelsiz imparatorluğunu kurar.

1. Hastane Yapılarına Yatırım

Ulusal Meclis'in Dilencilik Komitesi, hem ekonomistlerin, hem de hastalığın tedavi edilebileceği yegâne alanın toplumsal hayatın doğal şartları, kısaca aile olduğunu düşünen hekimlerin etkisi altındaydı. Bu noktada, hastalığın ulusa maliyeti en aza indirgenmekte ve hastalığın yapay komplikasyonlara yol açması, kendi başına yayılması ve hastanelerde yapıldığı gibi, bir şeye benzemeyen bir hastalık hastalığı halini alması riskinden kaçınılmış olunmaktaydı. Hastalık aile içinde "doğal" şartlarındadır, kısaca kendi doğasına uygundur ve doğanın tazeleyici zorlamalarının serbest etkisine maruz bırakılmıştır. Yakınların hastaya bakışında, yardımseverliğin hayatî kudreti ve umut edişin hassasiyeti söz konusudur. Seve seve gözlenen bir hastalıkta, daha en başından telâfi edilen bazı şeyler söz konusudur: "Mutsuzluk... mevcudiyetiyle, yardımseverliğe has acıma duygusunu harekete geçirir, insanların yüreğinde onu hemen teselli etme ve acısını hafifletme arzusu doğurur ve yaşadıkları viran yerlerde tedavi edilen yoksullara gösterilen özen, kişisel yardımseverliğin yaydığı bu tükenmez iyilik kaynağını kullanır. Ya yoksul hastaneye yatırılırsa? Kendisine sunulmuş olan tüm kaynaklar tükenir..."[2] Şüphesiz ailesi olmayan yoksullar ya da "tavan aralarına tıkılmış" halde hayatta kalmaya çalışacak yoksullar da söz konusudur. Bu insanlar için, aile vekilleri fonksiyonunu üstlenecek ve merhametli ilgiyi karşılıklı olarak yaygınlaştıracak "belediye hasta evleri" kurulmalıdır. Böylece sefiller, "kendi kaderlerine ortak olan arkadaşlarında, doğal merhamet duygusu taşıyan ve en azından bütünüyle yabancı olmadıkları varlıklar" göreceklerdir.[3] Böylece has-

[2] Bloch ve Tutey, *Proces-verbaux et rapports du Comite de Mendicite* (Paris, 1911), s. 395.

[3] *A.g.e.*, s. 396

talık da daima doğal ya da neredeyse doğal karşılığına yerleşecektir: İşte hastalık, böylece, kendi yolundan gitme ve kendi hakikati çerçevesinde kendiliğinden yok olma özgürlüğünü edinecektir.

Ama Dilencilik Komitesi'nin fikirleri, merkezileştirilmiş toplumsal bir hastalık bilincini içeren bir konuyu da çağrıştırmaktadır. Genelleştirilmiş bir sağlık durumu, sadece böyle bir özgürlükten beklenen durum değildir. Aile, mutsuz olan kişiye *doğal* bir acıma göreviyle bağlıysa, ulus da *kolektif* ve *toplumsal* bir yardım göreviyle bağlıdır. Duygusuzluklarıyla yoksulluğun yaratıcısı olan hastane kuruluşları ve gayrimenkulleştirilmiş mülkler, herkese gerekli yardımları sağlayabilen ve her zaman kullanılabilir olan ulusal bir zenginlik yararına ortadan kalkmalıdır. O halde devlet, hastane mülklerini "kendi lehine devretmeli" sonra da "ortak bir para varlığı" olarak bir araya getirmelidir. Mevcut para varlığını yönetmekle görevli merkezî bir yönetim kurulacak ve kurulan yönetim, ulusun sürekli tıbbî-ekonomik bilincini yaratacaktır; her hastalığı evrensel olarak algılayacak ve zaman geçirmeden tüm ihtiyaçları belirleyecektir. Sefâlet'in Büyük Gözü. Bu göz, "talihsizlerin avutulması için zorunlu ve tamamen yeterli miktarların hesaplanıp dağıtılmasıyla" görevlendirilecektir. "Belediye Evi"ni finanse edecek ve kendi hastalarına bakmaya devam eden yoksul ailelere özel yardımlar dağıtacaktır.

İki teknik sorun projeyi başarısızlığa uğratmıştır. Bunlardan biri olan hastane mülklerinin devredilmesi sorunu, ekonomik ve politik niteliktedir. Öteki de doğal olarak tıbbîdir ve bulaşıcı ya da endişe yaratan kompleks hastalıklarla ilgilidir.

Yasama Meclisi, hastane sermayelerinin millileştirilmesi ilkesinden vazgeçer; gelirlerinin, bir yardım fonuna aktarılmak üzere toplanmasını yeğler. Ayrıca bu gelirlerin idare edilmesi de tek bir merkeze bırakılmamalıdır; bu idare çok hantal, çok uzaktır ve bu nedenlerle ihtiyaçların karşılanmasında yetersizliğe düşecektir. Şayet sefâlet ve hastalık bilinci konusunda etkili ve dolaysız olmak isteniyorsa, coğrafî olarak özgülleştirilmiş bir bilinç olmalıdır. Tabiî Yasama, diğer alanlarda olduğu gibi bu alan-

da da Anayasa Meclisi'ne dayalı merkeziyetçilikten vazgeçerek, daha gevşek olan İngilizlerinkine benzer bir sistemi benimser. Yerel otoriteler bu sistemde olmazsa olmaz bağlantıları kurmalı, ihtiyaçlar konusunda bilgilenmeli, gelirleri bizzat dağıtmalı ve çoklu gözetim ağları kurmalıdır. Böylece yardımın yerel yönetimlere bırakılması ilkesi gündeme gelmiş olur ve Direktuvar bu ilkeyi kesin olarak benimseyecektir.

Ama yerel yetkililere bırakılmış ve daha da özerkleşmiş olan yardım, baskıcı işlevler göremez. Dolayısıyla yardım ve zapturapt konularını tarihsel olarak birbirinden ayırmak gerekecektir. Salpêtrière ve Bicêtre (Paris'te düşkünlerin ve tutukluların tedavi edildiği hastaneler, *–ç.n.*) meselesini bir karara bağlamak isteyen Tenon, Yasama'dan, salgınlar, serserilik, hapishaneler ve hastane kuruluşları konusunda genel sorumluluklar üstlenen bir "hastaneler ve tutukevleri" komitesi kurmasını talep etmiştir. Meclis bu talebin, "bahtsızların ve katillerin bakımını da aynı kişilere bırakarak, halkın en alt sınıflarını bir anlamda küçük düşürmek" anlamına geldiğini ifade ederek reddetmiştir.[4] Şimdi sefâletin gayet özgül bir tipiyle alakalı olan özerklik varsayımı, yoksulun hastalık ve yardım bilinci içinde yer almaktadır. Tabiî, yardım organizasyonlarında doktor da kesin bir rol oynamaya başlar. Yardımların dağıtıldığı toplumsal düzeyde ihtiyaçları saptayan görevliye dönüşen doktor, yapılması gereken yardımın seviyesine ve yapılma biçimine hükmeder. Yardım otoritelerinin özerkleşmesi, dağıtımın tıbbîleşmesine vesile oldu. İşte burada söylenenler, Cabanis'in fikirlerinden tanıdık gelir; "insanların yaşamını" "hokkabazların ve dedikoducuların insafına bırakmak"tansa, yargıç-hekimlere emanet etmelidir; "güçlünün ve zenginin yaşamının, güçsüz ve yoksunun yaşamından daha değerli olmadığı" kararını verecek olan onlardır; "kamuya kötülük edenler"e yardımı geri çevirecekler de onlardır.[5] Onlar tıp teknisyeni rolünün dışında,

[4] Imbert'den alıntı, *Le droit hospitalier sous la Révolution et l'Empire* (Paris, 1954), s. 52.

[5] Cabanis, *Du degre de certitude de la médecine* (3. baskı, Paris, 1819), s. 123 ve s. 154.

yardımların dağıtılmasında ekonomik bir rol, yardımların tahsis edilmesinde ise ahlâkî ve nerdeyse yargıcınkini çağrıştıran bir işlevi yerine getirirler; onlar artık "kamu sağlığı kadar kamusal ahlâkın da koruyucusu"na dönüşmüşlerdir.[6]

Daha iyi ve sürekli bir gözetim sağlamak amacıyla sayısız tıp otoritesini kapsayan bu yapılanmada, hastane de yerini almak zorundadır. Hastane kimsesiz hastalar için gereklidir; ama aynı zamanda bulaşıcı, çetin hallerde olağan, gündelik haliyle tıbbın başa çıkamayacağı "olağan dışı", kompleks ve güç hastalıklar için de gereklidir. Burada yine Tenon ve Cabanis'in etkisi görülür. En genel biçimiyle sadece sefâletin işaretlerini gösteren hastane, yerel düzeyde vazgeçilmez bir koruma ihtiyacı olarak ortaya çıkmaktadır. Sıhhatli olanların hastalıktan korunması; dert sahiplerinin câhillerin kocakarı ilâçlarından korunması. "Halkı saklanılan kendi hatalarından korumak,"[7] hastaları birbirlerine karşı korumak gerekir. Tenon'un önerdiği, farklılaştırılmış bir hastane mekânıdır. Mekân iki ilkeye göre farklılaştırılmıştır: Her hastayı belirli kategorideki hastalara ya da aynı familyadaki hastalıklara tahsis edecek olan "formasyon" ilkesi ve "hastaneye kabul edilmesi kararlaştırılan hastaların türlerini düzenlemek için", aynı hastane içinde izlenmesi gereken yöntemi tanımlayan "dağılım" ilkesi.[8] Böylece, hastalığın doğal yeri olan aileye, patolojik dünyanın özgül yapılanmasını bir mikro kozmos gibi yansıtacak olan başka bir mekân eklenmiş olur. İşte bu mekânda hastalıklar, hastane hekiminin gözetiminde ve özlerin orijinal dağılımının gerçekleştiği o rasyonelleştirilmiş alanda sınıfları, cinsleri ve türleri esas alarak gruplandırılacaktır. Bu biçimde tasarlanan hastane, "hastalar için öyle bir sınıflandırma" imkânı yaratır ki, "hem hastane içinde hem de hastane dışındaki hastalar, yakında bulunma nedeniyle başkasının hastalığını ağırlaştırmadan, salgını yaymadan, durumuna uygun koşulları bulur."[9] Hastalık orada, kendi ha-

---

[6] *A.g.e.*, s. 146, no 1.
[7] Cabanis, *Du degre de certitude de la medecine*, s. 135.
[8] Tenon, *Memoires sur les hôpitaux* (Paris, 1788), s. 359.
[9] *A.g.e.*, s. 354.

kikatinin mecburi meskeni gibi görünen geniş ailesiyle hastanede rastlaşır.

Yardım Komitesi'nin projelerinde yer alan iki otorite bitiştirilmiştir. Olağan otorite, yardımın dağıtılmasıyla toplumsal mekânın, son derece tıbbîleştirilmiş bir bölgesel merkezler sistemiyle birlikte sürekli gözetimini içermektedir, olağan dışı otoriteye gelince, sadece bilimsel bilgi modeline göre yapılandırılan ayrıcalıklı ve süreklilik taşımayan tıbbî mekânlardan oluşmaktadır. Böylece hastalık, çifte gözlem sistemiyle yakalanmış olur: Hastalığı, bütün diğer toplumsal illetlerle birlikte bertaraf edilebilen, ama onu yeniden ele geçirerek, ayrım yapmadan ve doğasındaki hakikati sınırlandırmak amacıyla yalıtan bir bakış vardır.

Yasama'dan, Konvansiyon'a karara bağlanmamış iki sorun kalıyordu: Hastane varlıklarının mülkiyeti ve yeni olan hastane personelinin durumu. Meclis, 18 Ağustos 1792'de "kilise örgütünden ya da laik erkek veya kadınların oluşturduğu tüm dinsel kurumların ve seküler toplulukların" ilga edildiğini deklare eder.[10] Fakat çoğu hastane dinî tarikatlar ya da Salpêtriere gibi hemen hemen manastır modeline göre düzenlenmiş laik organizasyonlar tarafından yönetilmektedir. Bu nedenle kararnameye aşağıdaki hüküm eklenir: "Binaenaleyh, aynı kişiler, hastanelerde ve bakım evlerinde, Yardım Komitesi'nin Ulusal Meclis'e en kısa sürede sunacağı son düzenlemeye kadar, belediye ve yönetim birimlerinin gözetiminde yoksul hastalara bakmayı ve yoksullara hizmet etmeyi bireysel olarak sürdüreceklerdir." Aslında Konvansiyon, *Termidor* olayları belirinceye kadar, özellikle yardım ve hastane sorununu ortadan kaldırmayı düşünecektir. Devlet yardımlarının âcilen durdurulması ve yardım dağıtma görevinin belediyelere verilmesi durumunda, bundan yararlanacak olan en yoksul sınıfların politik olarak kadrolaştırılmasından korkan Jirondenlerin talebidir. Roland'a göre bire bir yardım "en tehlikeli" sistemdir. Hayır işleri elbette "özel yardım paralarıyla" karşılanabilir ve karşılanmalıdır, "hükümet bu işe müdahale etmeme-

[10] J.-B. Duvergier, *Collection complete des lois...*, IV. Cilt, s. 325.

lidir; kandırılacaktır, ayrıca ya hiç yardım edemeyecek ya da gerektiği gibi yardım edemeyecektir."[11] Hastanelerin ortadan kaldırılması Montagnardlar'ın da talebi olmuştur, çünkü onlar bunu sefâletin kurumsallaştırılması olarak görmektedirler ve ve onlara göre Devrim'in görevlerinden biri, hastaneleri lüzumsuzlaştırarak ilga etmek olmalıdır. "Çilekeş insanlığa" adanmış hastane konusunda dokunaklı sözlerle Lebon şunu sormuştur: "İnsanlığın bir bölümü sürekli olarak hasta ve muhtaç mı olacaktır?.. Şâyet durum böyleyse barınaklarının kapılarına, kısa zamanda yok olacaklarını duyuran yazılar iliştiriniz. Çünkü Devrim tamamlandıktan sonra da, aramızda hâlâ mutsuzlar olacaksa devrimci çalışmalarımız beyhûde olmuş demektir."[12] Ve Barere'in ünlü haykırışı, 22 *Floreal* (FDT'nin sekizinci ayı, –*ç.n.*) II. Yıl Yasası'nın tartışmaları arasından duyulur: "Bundan böyle ne sadaka, ne hastane!"

Montagnardlar'ın zaferiyle birlikte, kamu yardımının devlet tarafından düzenlenmesi ve ek olarak, hastane kurumlarının er ya da geç ortadan kaldırılması düşüncesi diğerlerini galebe çalar. II. Yıl Anayasası, İnsan Hakları Bildirisi'yle "kamu yardımlarının kutsal bir borç olduğunu" duyurur; 22 *Floreal* yasası bir "büyük ulusal yardımseverlik kayıt kütüğü" oluşturulmasını ve taşrada bir yardım sistemi düzenlemesini zorunlu kılar. Sağlık evlerine sadece "evsizler ya da evinde yardım alamayacak olan dertliler" kabul edilecektir.[13] Hastane varlıklarının ulusallaştırılması, 19 Mart 1793'ten itibaren ilke olarak kabul edilmiş, fakat uygulanması "kamu yardımının çeşitli etkinlikleriyle, tam ve kesin organizasyonu" sonrasına bırakılmışsa da, 23 *Messidor* (FDT' nin onuncu ayı, –*ç.n.*) II. yıl Yasası ile icrasına başlanır. Hastane varlıkları ulusal mülkler arasında satışa sunulacaksa da, yardımlar sorumluluğu üstlenen hazine tarafından sağlanacaktır. Her bir hanenin ihtiyaç duyduğu yardımların dağıtımından kanton birimleri sorumlu olacaktır. Böylece hastalığın ve yoksunluğun hastanesiz-

[11] *Archives parlementaires*, LVI. Cilt, s. 646, alıntı Imbert'den, *Le droit hospitalier sous la Revolution et l'Empire*, s. 76, sayı 29.

[12] *A.g.e.*, s. 78.

[13] 19 Mart 1793 yasası.

leştirilmesini içeren büyük düş, yaşama geçmese bile en azından yasalara işlenmiş olur. Var olduğu sürece yardımlarla önlenmek zorunda olan yoksulluk ekonomik bir olgudur; hastalık, bireysel bir talihsizliktir, dolayısıyla aile kurbana ihtiyaç duyduğu bakımı sağlayarak özen göstermek zorundadır. Hastane, yoksulluğun reel ihtiyaçlarını karşılamayan ve hasta insanı kendi sefâleti içinde dağlayan çağdışı bir çözümdür. Bir yerlerde, insan varlığının artık zor işlerin yorgunluğunu ve ölüme götüren hastaneyi tanımayacağı ideal bir devlet olmalıdır. "İnsan ne bakım evleri, ne hastane ne de iş güç için yaratılmıştır: Tüm bunlar korkunç şeylerdir."[14]

2. Tıbbî Pratik ve Öğretimi Hakkında Kanun

1707 yılı Mart'ında düzenlenen Marly kararnameleri, tıbbî pratik ve hekimlerin formasyonunu bütün XVIII. yüzyıl için düzenlemişti. O zamanlar söz konusu olan, şarlatanlarla, ampiriklerle "ve tıp pratiğindeki vasıfsız ve ehliyetsiz kişilerle" mücadele etmektir. Buna bağlı olarak, yıllardan beri en "aşırı gevşekliğin" içine düşmüş olan fakülteleri yeniden organize etmek gerekmiştir. Artık, şimdi ya da önceden fakültesi olan krallık üniversitelerinde tıp okutulması, kürsülerin sürekli boş kalması yerine, boşalır boşalmaz doldurulması, öğrencilerin diplomalarını ancak her dört ayda bir yapılan yeterlilik sınavlarıyla lâyıkıyla denetlenen üç yıllık bir öğrenim sonunda almaları, her yıl işe başlamadan önce, onlara lise mezunu, üniversite mezunu ve doktor unvanlarını verecek bir sınavdan geçmeleri, zorunlu olarak uygulamalı bitki, kimyasal ve galenik eczacılık ve anatomi derslerine katılmaları karara bağlanmıştır.[15] Bu koşullarda kararın 26. maddesi şu ilkeyi ortaya koymuştur: "Lisans diploması yoksa hiç kimse hekimlik yapamaz ve ücretsiz bile olsa ilâç veremez". Metin şöyle devam eder – ki bu bölüm, kararın başlıca sonucu ve tıp fakültelerinin, yeniden organizasyonları pahasına ulaştığı sondur: "Bağış

---

[14] Saint-Just, Bouchez ve Roux, *Histoire parlementaire*'in içinde, XXXV. Cilt, s. 296.

[15] 1, 6, 9, 10, 14 ve 22. maddeler.

toplayan ya da toplamayan tüm din adamları, bir önceki madde ile getirilen yasağa dâhil olmalı ve öyle kalmalıdırlar."[16] Yüzyılın sonuna gelindiğinde ortaya çıkan eleştiriler en az dört noktada ortaktır: Şarlatanlar boy göstermeye devam etmektedir; fakültede verilen bölgesel öğretim artık uygulamanın gereklerine ve yeni buluşlara denk düşmemektedir (buralarda yalnızca kuram öğretilmekte, ne matematiğe ne de fiziğe yer verilmektedir); her yerde yeterli bir öğretim sağlanması için açılan tıp okulları çok fazladır; rüşvet yaygındır (kürsüler memurluk gibi görülmekte, öğretmenler ücretli ders vermektedir; öğrenciler sınav sorularını satın almakta ve tezlerini geçim sıkıntısı çeken hekimlere yazdırmaktadır). Hem bunlar hem de yeni doktorun, kendisini yetiştirmek için yine ödeme yaparak ünlü bir pratisyen hekimin vizitelerini izlemek zorunda kalması, tıp öğrenimini oldukça pahalı kılmıştır.[17] Öyleyse Devrim iki dizi taleple karşı karşıyadır: Bazıları mesleği uygulama hakkının daha sert biçimde sınırlandırılmasından, bazıları da üniversite kürsülerinin daha kesin bir biçimde düzenlenmesinden yanadır. Tabiî her iki kesim de, sonu üniversitelerin kapatılması ve meslek birliklerinin ortadan kaldırılmasıyla biten tüm bu reform hareketinin aksi yönünde ilerlemektedir.

Bilginin yeniden düzenlenmesi konusundaki ihtiyaçlarla, imtiyazların ilgasının ve nihayet ulus sağlığının etkili bir biçimde gözetilmesinin ihtiyaçları arasındaki gerilim buradan kaynaklanmaktadır. Tıbbın ve tıp aracılığıyla hükümetin yurttaşlara doğru çevrilecek özgür bakışı, toplumsal ayrıcalıkların katılığına ve bir bilginin ezoterizmine katılmaksızın nasıl yetkili ve donanımlı hale gelebilecektir?

Birinci sorun: Tıp, hiçbir meslek birliği yasasının korumadığı, pratiğin yasaklanmadığı, yetki imtiyazının bulunmadığı bir serbest meslek olabilir mi? Bir ulusun tıbbî bilincinin, o ulusun si-

---

[16] 26. ve 27. maddeler. Marly kararlarının tam metni Gilibert tarafından aktarılmıştır, *L'Anarchie medicinale* (Neuchâtel, 1772), II. Cilt, s. 58–118.

[17] Bu konuda yukarıda sözü edilen Gilibert'e bakınız; Thiery, *Voeux d'un patriote sur la medecine en France* (1789). Bu metin 1750 yılında kaleme alınmış ve yalnızca *Etats generaux* için basılmıştır.

vil ve ahlâkî bilinci olarak kendiliğinden gelişebilmesi mümkün müdür? Hekimler meslekî haklarını, bu hakları imtiyaz olarak algılamaktan ziyade, işbirliği anlamında değerlendirerek savunurlar. Tıbbî gövde, politik gövdelerden, başkalarının özgürlüğünü sınırlandırmaya ve yurttaşlara yasa ya da yükümlülüklerin yürürlüğe konulması süreçleriyle ayrılır; buyurganlığı sadece kendisine uygular; "yargılaması kendi içindedir,"[18] ama anlaşılmaz kural ve gelenekleri sürdürmekle değil, bilgiyi kıyaslamakla ve yaymakla ilgilenmesi nedeniyle öteki meslek birliklerinden de ayrılır. Şâyet kurulmuş bir organ yoksa, bütün bireysel deneyimler ve aydınlanma daha doğduğu andan başlayarak herkes için sönümlenecek ve kaybedilmiş olacaktır. Hekimler kendilerini bir bedende biçimlendirerek aşağıdaki zımni yemini ederler: "Bizler kendimizi, aklımızı kolektif bilgilerimizle güçlendirerek aydınlanmak istiyoruz; aramızdan birilerinin güçsüzlüğü ötekilerin meziyetleri ile telafi edilir; ortak bir idarede bir araya gelerek hiç durmadan kendi aramızdaki rekabeti canlandırmaya devam edeceğiz."[19] Tıp bir gövde olarak kendi muazzam kapsamını korumak yerine eleştirir ve bu eleştiri, halkı hem kendi yanılsamalarından hem de şarlatanların aldatmalarından korumak için zorunludur.[20] "Şâyet hekimler ve cerrahlar toplumda zorunlu bir biçim oluşturursa, yasama otoritesi önemli fonksiyonlarının bir kısmının kötüye kullanılmasını engelleyici özel tedbirler alabilir"[21] Özgür yurttaşlarını yanlışlardan ve bu yanlışların neden olduğu zararlardan korumaya çalışan özgür bir devlet, özgürce bir tıp pratiğine izin veremez.

Aslında Jirondenler'in en liberallerinin arasında bile, hiç kimse tıp pratiğini büsbütün serbestleştirmeyi ve kontrolsüz bir rekabet rejimine açmayı hayal etmez. Bizzat Mathieu Geraud, oluş-

---

[18] Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale* (Paris, 1790), s. 14.

[19] Cantin, *a.g.e.*

[20] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine.*

[21] Jadelot, *Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblee Nationale* (Nancy, 1790), s. 7.

turulmuş bütün tıbbî gövdelerin ilga edilmesini isteyerek, her departmanda "vasfını kanıtlamadan tıpla uğraşan herkesi" yargılayacak bir mahkeme kurulmasını talep etmiştir.[22] Fakat tıbbî pratiğin kendisi başka üç unsura bağlı olması nedeniyle problemlidir: Tıp birliklerin genel olarak ortadan kaldırılması, tıp topluluklarının yok olması ve özellikle üniversitelerin kapatılması.

Tıp Okullarının yeniden düzenlenmesiyle ilgili projelerin sayısı, *Termidor*'a kadar sayılamayacak kadar çoktur. Proje sahiplerini, üniversiteye ilişkin yapıların sürüp gitmesini tasarlayanlar ve 17 Ağustos 1792 kararlarını dikkate alanlar olarak iki grupta toplayabiliriz. "Reformcu" grupta sık sık, sayı ve bilgi açısından yetersiz öğretmenlerin sınav sorularını ve unvanları dağıttığı ya da sattığı anlamını yitirmiş küçük fakülteleri ortadan kaldırarak, yerel özellikleri silmek gerektiği düşüncesine rastlanır. Birkaç önemli fakülte tüm ülkeye, en iyilerin talepte bulunacağı kürsüler sunacak, niteliğini kimsenin tartışamayacağı doktorlar yetiştirecektir. Böylece devletin ve kamuoyunun denetimi, bir bilginin ve sonunda ulusun gereksinmelerine uygun hale gelmiş bir tıp bilincinin doğuşunda etkili bir rol oynayacaktır. Thiery dört fakültenin, Gallot ise daha alt düzeyde öğretim veren birkaç özel okulla birlikte yalnızca iki fakültenin yeterli olacağını düşünür.[23] Öğrenimin de daha uzun sürmesi gerekecektir: Gallot'a göre yedi, Cantin'e göre on yıl. Bunun nedeni, matematik, geometri, fizik ve kimya gibi tıp bilimiyle organik bağı olan tüm bilimleri öğretim programına dâhil etme niyetidir.[24] Ama özellikle uygulamalı bir öğretim tasarlamak gerekmektedir. Thiery, fakülteden bağımsız sayılabilecek genç hekimler elitine, esasen pratiğe dayanan ve uzmanlaşmış bir formasyon sağlayacak olan bir Kraliyet Enstitüsü'nün kurulmasını talep etmektedir. *Jardin du Roi*'de, hastane fonksiyonu görecek bir çeşit yatılı okul kurulacak (bunun için he-

---

[22] Bkz. *Supra*, s. 29.

[23] Thiery, *a.g.e.*; J.-P. Gallot, *Vues generales sur la restauration de l'art de guerir* (Paris, 1790).

[24] Thiery, *a.g.e.*, s. 89-98.

men yakındaki Salpêtriere kullanılabilirdi), bu okuldaki öğretmenler derslerini, hastaları muayene ederken verecektir. Fakülte sadece, enstitünün genel sınavlarında bir yönetici-doktoru yetkilendirmekle yetinecektir. Cantin, hekim adaylarının, işin özünü bir kere öğrendikten sonra gerek hastanelere gerek taşraya, bu işi orada uygulayanların yanına gönderilmesini önermektedir. Hastanelerde olduğu gibi de taşrada da tıp emeğine ihtiyaç vardır ve oralarda tedavi edilen hastaların uzman hekimlere gereksinme duyması enderdir. Geleceğin doktorları bölge bölge dolaşıp bir tür tıbbî Fransa turu yaparak gayet farklı bir öğrenim görecek, çeşitli iklimlerin hastalıklarını nasıl teşhis edeceğini öğrenecek ve en başarılı yöntemlerden haberdar olacaklardır.

Üniversiteye has teorik öğrenimden net biçimde ayrılmış pratik bir formasyon. Tıbba şimdiden, (ileride göreceğiz) bir klinik öğretim bütünlüğünü tanımlama imkânı sağlayan kavramları barındırmasına rağmen, reformcular benzer bir teorik versiyonu önerememişlerdir. Pratik eğitim, soyut bilginin saf ve basit bir uygulaması değildir (o zaman bu pratik öğretimi sadece okul öğretmenlerine bırakmak yeterli olurdu). Bu bilginin anahtarı da olamaz (başka yoldan edinilen bu bilgi ancak bir kez kazanılabilir). Çünkü üniversite eğitimi türler teorisine görece açık bir tıptan ayrılmamış ancak, bu pratik öğretim bir toplumsal grup tıbbının teknolojik yapısına göre tanımlanmıştır.

Pratik kazanımın toplumsal yararlılık teması aracılığıyla kurduğu hâkimiyet oldukça paradoksal bir yolla neredeyse tamamen özel teşebbüse terk edilmiştir, devlet sadece teorik öğretimi kontrol ediyordu. Cabanis, hastane hekimine "en iyi olarak değerlendirdiği bir plana göre bir okul kurmak" için izin verilmesini ister. Her öğrenci için gereken öğrenim süresine, o, sadece o karar verecektir. Kimileri için iki yıl yetecek, ama daha az donanımlı olanlar için dört yıl gerekecektir. Bireysel teşebbüsün eseri olması nedeniyle bu dersler para karşılığı verilecek ve öğretmenler ders ücretlerini kendileri belirleyecektir. Öğretmen ünlü ise ve öğretimine de talep çok ise bu durumda ücret çok yüksek olabilecektir; ama bunda hiçbir sakınca yoktur. "Bu soylu yarışma

ruhudur ve sebebi ne olursa olsun bütün tutumlar daima hastaların, öğrencilerin ve bilimin yararına işleyecektir."[25]

Bu reformcu düşüncenin meraklı ve karmaşık bir yapısı vardır: Tıbbî yardım bireysel teşebbüse terk edilecek [ama buna karşılık] hastane kurumları daha karmaşık ve hemen hemen imtiyazlı bir tıp için muhafaza edilecektir; mekânların değiş tokuşuyla öğretimin konumu tersine çevrilmiştir: Üniversitede zorunlu ve kamuya açık bir yolu takip eder, hastanede özel, rekabete dayalı ve paralı olur. Çünkü bilginin yapısal teknolojik düzeyi ve algılamanın kuralları henüz örtüşmemektedir: Bakışın idare yolu ve öğretilme yolu örtüşmemektedir. Tıbbî pratiğin alanı, evdeki pratik alanıyla, kısaca serbest ve sürekli açık olan bir alanla, sergilediği türlerin hakikatiyle sınırlanmış olan kapalı bir mekân arasında bölünmüştür; çıraklık alanı, özsel hakikatlerin kapalı nüfuz alanıyla, hakikatin kendi adına konuştuğu serbest bir alan arasında bölünmüştür. Ve hastanenin oynadığı çifte rol: Hekimin bakışında sistematik hakikatlerin lokusü* olan; serbest deneyin lokusü öğretmenin formüle ettiği bilgi oldu.

Ağustos 1791'de üniversiteler kapatılır; eylülde Yasama Meclisi dağıtılır. Bu karmaşık yapıların belirsizliğiyle ilgili sona yaklaşmıştır. Jirondenler, kendi işleyişiyle kendini sınırlandırmak zorunda olan bir özgürlükten yanadır ve eski koşullarda kollanmış olan ve bu organizasyon yokluğunda imtiyazlarını değilse de etkilerini görece yeniden kazanabileceğini varsayan herkes onların yardımına gelir. Durand Maillane gibi Katolikler, Daunou ya da Sieyès gibi eski Oratoryenler, Fourcroy gibi ılımlılar, bilim ve sanat eğitiminde en aşırı liberalizmin yandaşlarıdırlar. Onlar nezdinde Condorcet'nin projesi, "korkunç bir oraklığm" yeniden oluşturulması tehdidiydi;[26] daha yeni yok edilmiş olan "Gotik üniversitelerin ve aristokratik akademilerin" yeniden doğumu

---

[25] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (Paris, 1790), s. 32–33.

* fiziksel ve özel konum, yer. *–y.n.*

[26] Durand Maillane, J. Guillaume, *Proces-verbaux du Comite d'Instruction publique de la Convention*, I. Cilt, s. 124.

olacaktı;[27] dolayısıyla, "halkın sağduyusunun alt üst ettiğinden belki de daha korkunç" bir ruhbanlık kastının yeniden biçimlenmesi uzun sürmeyebilirdi.[28] Böyle bir ortak gövde yerine, hakikati gerçekten özgür olabileceği bireysel teşebbüsler taşımalıydı: "Dehaya talep ettiği tüm özgürlüğü ve yetki serbestliğini tanıyın; geçerliğini yitirmeyen haklarını bildirin; doğanın yararlı yorumcularından, bulundukları her yerde kamusal ödül ve övgüleri esirgemeyin; yayılmaktan başka bir şey istemeyen ışığı dar bir çembere sıkıştırmayın."[29] Organizasyon değil, sadece özgürlüğe rıza gösterin: "Edebiyat ve sanatta aydınlanmış yurttaşlar tüm Fransa Cumhuriyeti'nin her tarafında öğretmenliğe davetlidir". Sınavlar yoktur, yurttaşların yaş, deneyim ve sevgisinden başka vasıf ölçütü yoktur. Matematik, güzel sanatlar ya da tıp öğretmek isteyen, sadece bulunduğu belediyeden iyi yurttaşlık ve dürüstlük sertifikası almak zorundadır. İhtiyaç duyuyor ve de hak ediyorsa, ödünç olarak yerel otoritelerden öğretim ve deney araçları talep edebilecektir. Özgürce verilen bu dersler, öğretmenleriyle anlaşan öğrenciler arasındaki anlaşmayla ücretlendirilecektir; ama belediyeler hak eden öğrencilere burs verebilecektir. Ekonomik liberalizm ve rekabet rejimindeki öğretim, bir anlamda eski Yunan özgürlüğünü yeniden canlandırır: Bilgi, Söz'le kendiliğinden yayılır ve birçok Söz arasından içinde en fazla hakikati taşıyan Söz üstün gelir. Ve Fourcroy, bu işe yıllarını adamış ve saygınlık kazanmış öğretmenlerin, meslek hayatlarının yirmi beşinci yılından sonra, [tarihteki gerçeklerinden] daha iyi Atinalılarca nihayet lâyık oldukları onur kendilerine teslim edilmiş pek çok Sokrat gibi, uzun yaşlılık dönemlerini *Prytanee*'de (önemli devlet görevlilerine ayrılan bir tür konuk evi, *–ç.n.*) geçirmelerini önerir. Böylece, hayaline bir nostalji ve erişilemezlik süsü vermek, kendisine niyetlerini söz götürmez kılan ve gerçek hedeflerini çok iyi saklayan Yunanvari bir hava kazandırmak ister.

---

[27] Fourcroy, *Rapport sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (Paris, II. Yıl), s. 2.

[28] *Age.*, s. 2.

[29] *Age.*, s. 8

Condorcet projesine yakın düşünceleri savunanlar, paradoksal olarak, Montagnardlar ve Robespierre'ye en yakın duranlardır. Le Pelletier'in planı, öldürülmesinin ardından Robespierre tarafından yeniden ele alınır, tabiî Romme (Jirondenler düştüğü ânda) merkezileştirilmiş ve devlet aracılığıyla her aşaması devletin kontrolünde olan bir öğretim öngörmektedir; Montagnardlar bile "gelecek kuşağın hapsedilmesi önerilen bu 40.000 Bastille" konusunda endişelidir.[30] Millî Eğitim Komitesi üyesi Bouquier, komite üyesi Jakobenler'in de destekleriyle Jirondenler'in planından daha az anarşik, Le Pelletier ve Romme'ninki kadar da katı olmayan karma bir plan sunar. Söz konusu planda, yurttaşın bizatihi kendileri olmadan insan olarak özgürleşemeyeceği "yurttaş için kaçınılmaz bilgiler"le –devlet yurttaşa özgürlük kadar bu bilgileri de borçludur– "toplum için gereken bilgiler" arasında önemli bir ayrıma gider: Devlet "ikinci gruptaki bilgileri desteklemek zorundadır, ama onları birincilerde olduğu biçimde düzenleyemez ve denetleyemez; bu bilgiler kolektifliğe hizmet eder, bireyi biçimlemez". Bilim ve sanat dallarıyla birlikte tıp da bu grubun içindedir. Ülkenin dokuz kentinin her birinde 7 "kurucu öğretmen"in yer aldığı sağlık okulları kurulacak, fakat bunlardan farklı olarak Paris'teki okulda on dört öğretmen istihdam edilecektir. Bunların yanı sıra, "bir sağlık görevlisi kadınlara, çocuklara, akıl hastalarına ve zührevî hastalıktan mustarip olanlara tahsis edilen hastanelerde ders verecektir". Bu öğretmenlerin maaşlarını devlet karşılayacak (yılda 3500 frank) ve bu öğretmenler, "kaza yöneticileriyle yurttaşların" ortaklaşa saptadığı jürilerle seçileceklerdir.[31] İşte kamusal bilinç, hem özgür ifadesini hem de aradığı faydayı bu öğretimde bulmuş olacaktır.

Termidor'la birlikte, hastane mülkleri ulusallaştırılmış, birlikler yasaklanmış, dernek ve akademiler ilga edilmiş, fakülteleri ve tıp okullarıyla birlikte üniversite de artık görünmez olmuştur; fakat Konvansiyon üyeleri, ne ilke olarak kabul ettikleri yardım

[30] Sainte-Foy, *Journal de la Montagne*, 29. sayı, 12 Aralık 1793.

[31] Fourcroy, *a.g.e.*

politikasını hayata geçirmeye, ne tıbbın özgürce uygulanmasının sınırlarını belirlemeye, ne tıp mesleğini yapabilmek için gereken nitelikleri tanımlamaya, ne de tıp öğretimi biçimlerini belirlemeye vakit buldular.

Mevcut sorunların her biri ayrı ayrı ve onlarca yıl tartışıldı, mevcut sorunların teorik bilincine işaret eden sayısız çözümün epey bir zamandır önerildiği ve bilhassa Yasama'nın, önerilen çözümleri *Termidor*'dan Konsüllüğe kadar, ilke olarak kabul ettiğini düşünürsek Konvansiyon üyelerinin içinde bulunduğu türden güçlüklerin şaşırtıcı olduğu da kabul edilmelidir.

Bahsedilen bütün dönemdeki eksiklik, kaçınılmaz bir yapıdır: Şimdiden bireysel gözlem, olayların incelenmesi ve hastalıkların gündelik pratiğiyle târif edilen bir deney formuna ve fakülteden ziyade hastanede ve hastalığın somut dünyasındaki gidişata göre verilme zorunluluğu iyice anlaşılan bir öğretim biçimini bütünleştirebilecek bir yapıdır o. Sadece bakışta verili olan bir tanımanın sözle nasıl ifade edileceği bilinmemektedir. *Görünür olan*, ne *Öğretilebilir* ne de *Açıklanabilir*dir.

Tıbbın ilgilendiği konu tipi, tıp kuramlarının yarım yüzyıl boyunca çok fazla değişmemesi ve çok sayıda yeni gözlem yapılmaması nedeniyle aynı kalmış, bilen ve algılayan öznenin konumu aynı kalmış, kavramlar aynı kurallara göre oluşmuştur. Ya da daha doğrusu, bütün olarak tıp bilgisi, iki düzenlilik tipine itaat etmiştir: İlki, hastalıklı türlerin nozolojik tablosuna göre bölgelere ayrılmış somut ve kendine özgü algıların düzenliliği, diğeri bir iklimler ve yerler tıbbının nicel, toplu ve sürekli kaydedilmesinin düzenliliği.

Tıbbın pedagojik ve teknik yeniden örgütlenmesi, merkezî bir eksiklik nedeniyle başarısızlığa uğramıştır: Tıbbî konuların, algıların ve kavramların oluşturulmasında yeni, tutarlı ve tek birimli bir modelin yokluğu. Tıp kurumunun politik ve bilimsel birliğinin gerçekleşmesiyle kastedilen, derinden bir dönüşümdür. Fakat Fransız Devrimi'nin reformcuları nezdinde bu birlik

sadece, bilginin zaten oluşmuş olan unsurlarını olaydan sonra yeniden düzenleyerek bir araya getiren teorik temalar biçiminde yürürlüğe sokmuştur.

Bu dalgalı temalar kesinlikle tıp bilgisi ve pratiğinin birliğini talep etmektedir; tıp bilgisi ve pratik ideal bir yeri işaret ederler, ama aynı zamanda gerçekleşmesinin önüne ilkesel bir engel koyarlar. Saydam, bölünmemiş, her şeye rağmen tamamen nitelikler ve imtiyazlarla kuşatılmış bir bakışa maruz kalan bir alan fikri, kendi güçlüklerini özgürlüğe uygun güçlerle telafi etmektedir: Bu fikir nezdinde hastalık, kendisini, değişmemiş ve rahatsız olmadan hekimin bakışına sunulmuş bir gerçeklik olarak formüle etmeli ve tıbben kuşatılmış, eğitilmiş ve gözetilmiş toplum, kendisini bu yolla hastalıktan kurtarmalıdır. *Keşfetme*ye duyduğu sadakat içinde *yok etme* erdemini kazanan büyük *özgür bakış* miti, o kurtaran kurtarılmış bakış, belirsizlikten çıkar ve belirsizlikleri dağıtır. *Aufklärung*'taki (Aydınlanma, *–ç.n.*) örtük kozmolojik değerler burada da geçerlidir. Güçleri tanınmaya başlayan tıbbî bakış, klinik örgütlenmede verili teknolojik yapıyı henüz kazanmamıştır; o, Aydınlanma diyalektiğinin hekimin gözüne taşınmış bir parçasıdır sadece.

Klinik, birçok anlayış nezdinde ve modern tıbbın kaderine bağlı bir sonuçla, nihayet kendisini kurtaran o aydınlanma ve özgürlük temalarına, gerçekten yaşam bulduğu dağınık yapıdan daha yakın kalacaktır. Doğal olarak kliniğin, hekim ve hastanın ortak rızalarıyla görüşmeye geldiği, gözlemin, teorilerin suskunluğuyla sadece bakışın aydınlığında icra edildiği, deneyin öğretmenden öğrenciye belirli sözcükler olmadan iletildiği bu özgür bahçede doğduğu düşünülecektir. Kliniğin verimliliğini bilimsel, politik ve ekonomik bir *liberalizme* bağlayan bu tarihin lehine, o liberalizmin, yıllarca klinik tıbbın örgütlenmesini engelleyen ideolojik tema olduğu unutulmaktadır.

4
kliniğin tarihi

Tıp bilgisinin kendisini tam da hasta yatağının başında şekillendirdiği ilkesi, XVIII. yüzyıl sonunda ortaya çıkmamıştır. Tıp devrimlerinin birçoğu, hatta hepsi, birincil kaynak ve durağan kural olarak sunulan bu deneyim adına taşınmıştır. Ama durmaksızın değişen şey, bu deneyimin kendisine göre verildiği, tahlil edilebilir unsurların eklemlendiği ve söylemsel bir formülasyona kavuştuğu bu örgünün bizatihi kendisiydi. Sadece hastalıkların adı, sadece semptomların gruplandırılışındaki durağanlık değil; ama hastaların bedenine uygulanan temel algısal kodlar, gözlemin kendisini yönelttiği konuların alanı, hekimin bakışının bir uçtan öbürüne gezindiği yüzeyler, derinlikler ve mevcut bakışın bütün yönelim sistemi de değişmiştir.

XVIII. yüzyıldan bu yana tıp, tarihinden bahsederken sürekli farklılaşan ve klinik kanıtların saflığını spekülasyonların arkasında maskeleyen sistem ve teorilerin karşısında hasta yatağını âdeta daima sabit ve istikrarlı bir deneyim yeriymiş gibi gösterme eğilimine girdi. Teorik olanın, daimi bir değişim unsuru, tıp bilgisindeki bütün tarihsel çeşitlemelerin gösterildiği nokta, ihtilafların ve kaybolmaların lokusü olduğu düşünülüyordu; bu teorik unsur, tıp bilgisinin dikkat çekici olan görece naifliğiydi. Öte yandan, kliniğin mevcut bilginin pozitif birikim unsuru olacağı düşünülüyordu: Tıbbın her yeni spekülasyon ile büsbütün kay-

bolmayıp tedricen tamamlanmasa da tanımlayıcı bir hakikat figürü edinmesi, kısacası kendisini, tarihinin patırtılı fasıllarında kesintisiz bir tarihsellik çerçevesinde gelişmek üzere muhafaza edebilmesi, hasta üzerine yönelmiş olan çağlar kadar eski, ama kendisini durmadan yenileyen bu bu durağan bakıştaki dikkat idi. Tıbbın, kliniğin değişmezliği çerçevesinde hakikat ile zamanı birbirine bağladığı düşünülüyordu.

XVIII. yüzyıl sonunda ve XIX. yüzyıl başında tıp tarihini bir araya getiren ve bir dereceye kadar efsanevî olan bütün söylentiler, zamanın bağlantılandırılması düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Söylendiğine göre, tıbbın inşasına imkân sağlayan kökenindeki kliniktir. İnsanlığın şafağında, her bir kibirli inançtan önce, her sistemden önce, kendi bütünlüğündeki tıp, ıstırapla, bu ıstırabı hafifleten şey arasındaki dolaysız ilişkiden meydana gelmişti. Bu ilişki deneyimden ziyade, içgüdü ve duyarlığa dayanmaktadır; bireyin, toplumsal bir ağa dâhil olmadan önce kendisiyle kurduğu ilişkidir: "Hastanın duyarlığı ona, hangi pozisyonda daha rahat olacağını ya da acı çekeceğini öğretir."[1] Sağlıklı insanın gözlediği, işte bilgi dolayımı olmadan kurulan bu ilişkidir. Bu gözlem gelecekteki bir bilgi için bir tercih değildir; bir bilinçlenme eylemi değildir; dolaysız ve körü körüne gerçekleşmektedir. "Burada gizemli bir ses bize: Doğayı düşün", diye seslenmektedir,[2] kendi kendine çoğalan, birilerinden diğerlerine taşınan doğa, her bireyin aynı anda hem öznesi hem nesnesi olduğu genel bir bilinç formu halini almaktadır: "Herkes ayrım yapılmaksızın bu tıbbı uyguluyordu... birinin yaptığı deneyler diğer insanlara taşınıyor ve bu bilgiler babadan oğula geçiyordu."[3] Klinik, bir bilginin külliyatından daha önce, beşeriyetin kendisiyle olan evrensel ilişkisidir: Tıp için mutlak bir başarı çağı. Düşüş, mahremiyet ve yazının ortaya çıkmasıyla, kısaca bu bilginin imtiyazlı bir grup

---

[1] Cantin, *Projet de réforme adressee à l'Assemblee Nationale*, Paris, 1790, s.8

[2] *A.g.e.*

[3] Coacley Lettson, *Histoire de l'origine de la medecine* (Fr. çeviri, Paris, 1787), s. 7.

arasında paylaştırılması ve Bakış ile Söz arasındaki engelsiz, sınırsız ve doğrudan ilişkinin kopmasıyla başlar. Bilinen, artık başkalarına iletilmemekte ve ancak bilginin ezoterikliğinden bir kez geçtikten sonra pratik kullanıma aktarılmaktadır.[4]

Tıbbî deney, kuşkusuz uzunca bir süre serbest kalmış, *görme* ile *bilme* arasında, kendisini yanlışa karşı koruyacak bir denge kurmayı başarabilmişti: "Eski zamanlarda tıp sanatı, kendi öznesinin varlığında öğretiliyordu ve genç insanlar tıp bilimini hasta yatağında öğreniyorlardı"; hastalara genellikle hekimin evinde bakılırdı ve öğrenciler hasta ziyaretlerinde sabah akşam öğretmenlerine eşlik ederlerdi.[5] Hipokrat bu dengenin son örneği ve en anlaşılmaz temsilcisi kabul edilecek, V. yüzyılın Yunan tıbbı da, bu evrensel ve dolaysız kliniğin düzenlenmesinden ibaret olacaktır; kliniğin ilk bütünlüklü bilincini biçimlendirecek ve bu anlamda bu ilk deneyim kadar "saf ve basit" olacaktır.[6] Ama tıbbî deneye, Yunan tıbbının, "kolaylaştırmak" ve "öğrenimini kısaltmak" amacıyla kliniği sistematik bir birlik olarak düzenlemesi çerçevesinde yeni bir boyut eklenmiştir: O bakışsız olması nedeniyle, bütünüyle örtük bir külliyattır. Bu görmeyen bilgi, yanılsamaların kaynağıdır; metafizik hayaletine yakalanmış bir tıp mümkün olur: "Tıbbın Hipokrat tarafından bir sisteme indirgemesiyle gözlem terk edildi ve felsefe dâhil edildi."[7]

O uzun bir sistemler tarihine "karşıt ve çelişkili felsefî sektlerin çokluğu" ile imkân hazırlayan, işte bu unsur bu örtülmedir.[8] Kendisini sadece zamanın yıkıcı izlerini muhafaza ederek etkisizleştiren bir tarih. Fakat yıkıcı olanın altında, kaynaktaki hakikate daha yakın olması nedeniyle zamana daha sâdık olan başka bir tarih yatmaktadır. Kliniğin sessiz hayatı bu tarihi fark edilmeden

---

[4] *A.g.e.*, s. 9-10.

[5] P. Moscati, *De l'emploi des systemes dans la medecine pratique* (Fr. Çeviri, Strazburg, VII. Yıl, s. 13.

[6] P.-A.-O. Mahon, *Histoire de la medecine clinique*, Paris, XII. Yıl, s. 323.

[7] Moscati, *a. g. e.*, s. 4-5.

[8] *A.g.e.*, s. 26.

biriktirir. Şimdi "spekülatif teoriler"den[9] geri kalan, mevcut dünyayı hakikatin dolaysız görünümüne açan ve algılanan dünya ile ilişki kuran tıp pratiğidir: "Şüphesiz insanî niyetle bağlantılı bir tahlil aracılığıyla, hastanın yapısal durumuyla ilgili genel verilerini ortaya çıkaran semptomları incelemekle yetinen hekimler her zaman var olmuştur..."[10] Tıbbın gerçek tarihsel hareketine, hareketsiz, ama olaylara daima yakın duran klinik neden olur; deney süresince kendi hakikatini biriktirirken onları yalanlar ve sistemleri unutturur. Böylece, patolojiye "bu bilimin yüzyıllar boyunca kesintisiz tekbiçimliliğini" atfeden yararlı bir akıcılık hazırlanır.[11] Klinik, zamanın etkisizleştirici sistemlerinin karşısında ve üstündeki bilgiye ait olan bir pozitif zamandır. O halde kliniği icât etmek değil, yeniden keşfetmek gerekir: Klinik, tıbbın ilk biçimleri aracılığıyla zaten orada durmaktadır; tıbbın azami tamlığını oluşturmuştur; demek ki kliniği inkâr edeni inkâr etmek, ona göre hiçlik olan her şeyi, yani sistemlerin "itibarını" yıkmak ve nihayet onun "tüm haklarından yararlanmasına"[12] imkân hazırlamak yeterlidir. O zaman tıp, kendi hakikatiyle aynı düzeyde olacaktır.

XVIII. yüzyıl sonunda gayet sık karşılaşılan bu ideal açıklama, klinik kurum ve yöntemlerin yakın zamandaki kurumsallaşması çerçevesinde anlaşılmalıdır: Böylelikle bu kurum ve yöntemler, içinde olayların tek başına unutulma, yanılsama, gizleme şeklinde olumsuz bir düzende yer aldığı sürekli bir tarihsel gelişim içindeki bir ezeli ve ebedi hakikatin yeniden ortaya çıkışı olarak sunulur. Aslında tarihin bu tarzda yeniden yazılması tam da, daha doğru ama çok daha karmaşık bir tarihten kaçınmaktadır. Bu tarz,

---

[9] Dezeimeris, *Dictionnaire historique de la medecine*, (Paris, 1828), I. Cilt, "Clinique" makalesi, s. 830–837.

[10] J.-B. Regnault, *Consideration sur l'Etat de la medecine* (Paris, 1819), s. 10.

[11] P.-A.-O. Mahon, *Histoire de la medecine clinique* (Paris, XII. Yıl), s. 324.

[12] *A.g.e.*, s. 323.

klinik yöntemi kelimenin eski anlamında bütünüyle vaka araştırmalarına katarak başka bir tarihi örtmektedir; ve bu yüzden kendisini izleyen ve klinik tıbbı, basitçe bireyin muayene edilmesine indirgeyen tüm basitleştirmelerin yolunu açmaktadır.

Klinik deneyin anlamını ve yapısını kavramak için öncelikle, kliniğin örgütlenme gayretiyle beliren kurumların tarihini yeniden yazmak gerekir. Kronolojik bir sıralama olarak bu tarih, XVIII. yüzyılın son yıllarına gelinceye dek son derece sınırlı kalmıştır.

François de la Boe 1658 yılında Leyden hastanesinde bir klinik okul açtı: Gözlemlerini *Collegium Nosocomium* adıyla yayımladı.[13] Onun şanlı haleflerinin en meşhuru Boerhaave olacaktır. XVI. yüzyıl sonlarından itibaren Paduva Üniversitesi'inde bir klinik kürsüsü mümkün olabilir.[14] XVIII. yüzyılda Avrupa'da klinik tıp çevresinde kürsüler ya da enstitülerinin kurulması pratiği, Boerhaave ve öğrencileriyle birlikte Leyden'den başlamıştır. 1720'de Edinburgh Üniversitesi'ni reforme edip Leyden modelindeki bir klinik kuranlar Boerhaave'nin öğrencileridir. Londra, Oxford, Cambridge ve Dublin'de de bu kliniği model alan benzerleri yapılmıştır:[15] 1733'te Van Swieten'den, Viyana hastanesinde bir klinik kurulması için plan talep edilir. Hastane sahibi, Boerhaave'nin öğrencilerinden de Haen'dir; onu Stoll, sonra da Hildenbrand takip eder.[16] Kliniğin başka bir örneğine de, Brendel, Vogel, Baldinger ve J.-P. Franck'ın arka arkaya öğretmenlik yaptıkları Göttingen'de rastlanır.[17] Paduva'da, hastane yataklarının bir kısmı, Knips'in öğretmenlik yaptığı kliniğe tahsis edilmiştir. Pavie'de bir klinik kurmak için atanan Tissot, 26 Kasım 1781 tarihli açılış dersinde planlarının ana hatlarını da açıklar.[18] 1770'e

---

[13] Leyden, 1667.

[14] Krş. Comparetti, *Saggio dele scuola clinic a nolle spidle di Padova*.

[15] J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (Fr. çeviri, Paris, 1777), s. 94–95.

[16] A. Storck, *Institua Facultatis medicae Vivobonensis* (Viyana, 1775).

[17] Dezeimeris, *Dictionnaire historique de la medecine* (Paris, 1828), I. Cilt, s. 830–837 (Clinique" makalesi).

[18] Tissot, *Essai sur les etudes de medecine* (Lozan, 1785), s. 118.

doğru Lacassaigne, Bourru, Guilbert ve Colombier, masraflar kendilerine ait olmak üzere, akut hastalıklara ayrılan on iki yatak-lı özel bir sağlık evi kurmaya girişirler. Burada doktorlar hem tedavi edecek hem de pratik tıbbı kaynaşmış bir biçimde öğreteceklerdir;[19] fakat proje başarılı olmaz. Fakültenin ve genel olarak hekimler birliğinin, pratik öğretimin şehirde, bizzat en önemli danışman hekimlerle, bireysel olarak ve ücret ödenerek yapılan eski uygulamanın korunmasından büyük çıkarı vardır. Klinik öğretimin düzenlendiği ilk alan askerî hastanelerdir; 1775'te hazırlanan Hastaneler Yönetmeliği'nin 13. maddesi, her öğretim yılına "ordudaki ve garnizonlardaki askerî birliklerde bulunan başlıca hastalıklar konusunda klinik ve uygulamalı bir ders" zorunluluğunu getirmiştir.[20] Ve Cabanis örnek olarak, Dubreil tarafından Mareşal de Castries himayesinde, Brest'teki donanma hastanesinde kurulan kliniği gösterir.[21] Nihayet, 1787'de Kopenhag'da, bir doğum kliniği kurulduğunu not edelim.[22]

Olayların devamının böyle geliştiği sanılıyor. Bu gelişimin anlamını kavramak ve ortaya çıkarttığı sorunları sınırlandırmak amacıyla, öncelikle meselenin önemini azaltabilecek bazı saptamaları yeniden ele almak gerekir. Vakaların incelenmesi, detaylandırılması, muhtemel bir nedenle olan ilişkilerinin saptanması tıbbî deneyin eski bir geleneğidir; o halde kliniğin organizasyonu, tıpta birey olgusunun keşfedilmesiyle bağlantılı değildir. Rönesans'tan beri kaleme alınmış sayısız örnek derlemesi bunu kanıtlamak için yeterlidir. Öte yandan, uygulamanın gerekliliği kadar, uygulamalı bir öğretimin gerekliliği de çok iyi bilinmektedir. Hastanelerin acemi hekimler tarafından ziyaret edildiği doğrudur ve bunlardan bazıları formasyonlarını, yaşadıkları ve bir hekimin nezaretinde

---

[19] Colombier, *Code de Justice militaire*, II, s.146–147.

[20] Yönetmelik, Strazburg, Metz ve Lille hastaneleri için kralın emriyle P. Haudesiercek tarafından hazırlanmıştır (1775), akt. Boulin, *Memoires pour servir à l'histoire de la medecine* (Paris, 1776),II. Cilt, s. 73–80.

[21] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (Paris, 1790), s. 31.

[22] J. –B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple etablissement reuni en un seul hospice à Copenhague* (Paris, VII. Yıl).

uygulama yaptıkları bir hastanede almaktadır.[23] Bu şartlarda, bilhassa XVIII. yüzyılın son yıllarında oldukça önem verilen klinik kurumlaşmaların yeniliği ve önemi nerededir? Bu proto-klinik, hem tıpla eşanlamlı olan kendiliğinden bir pratikle ayırt edilen, hem de daha sonra, bir deney formunun, bir tahlil yönteminin ve bir öğretim tipinin bir araya geldiği, karmaşık ve tutarlı bir bütün olarak örgütlenecek olan klinikten nasıl ayrılacaktır? Ona, kuşkusuz çağdaşı olduğu XVIII. yüzyılın tıbbî deneyine özgü kabul edilebilecek, özgül bir yapı atfedilebilecek midir?

1. Bu proto-klinik, vakaların kolektif ve birbirini izleyen incelemesinden fazla bir şeydir: Nozolojinin örgütlenmiş gövdesini bir araya getirip algılanabilir hale getirmelidir. Dolayısıyla klinik, ne bir hekimin gündelik pratiği olarak *her önüne gelene açık*, ne de XIX. yüzyılda alacağı hal gibi *uzmanlaşmış* olacaktır. Klinik, ne incelemek için seçilen şeyin kapalı alanı, ne de bulunması istenen şeyin istatistiksel açık alanıdır. O, ideal bir deneyin mevcut didaktik bütünlüğü üzerine yeniden eklemektedir. Görevi, vakaları, bunların dramatik noktalarını, özel karakteristiklerini, kendine has belirtilerini göstermek değil, hastalıkların çevresinde daireyi tamamlamaktır. Edinburgh Kliniği uzunca bir süre türün modeli olmuştur; örgütlenmesi, "öğretilmeye en uygunmuş gibi görünen vak'aları" bir araya getirecek tarzdadır.[24] Hastayla hekimin ve açığa çıkarılacak bir gerçekle bir bilgisizliğin karşılaşması için, *kliniğin* bundan önce, *kuruluş açısından tamamıyla yapısallaşmış nozolojik bir alan oluşturması gerekir.*

2. Kliniğin hastaneyle olan bağlantısı özeldi. İkisi arasında seçmeli bir sınır işlevi gören bir tercih ilkesi bulunduğu için, klinik hastanenin doğrudan ifadesi olamaz. Tissot'nun, bir klinikte en uygun yatak sayısının otuzu geçmemesi gerektiğini öne sürme-

[23] Fransa'da, örneğin Hôspital General'de durum aynıydı; tüm XVIII. yüzyıl boyunca Salpetriere'de acemi bir cerrah yaşar, bir cerrahın vizitelerini izler ve bazı basit tedaviler uygulardı.

[24] Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (Fr. çeviri, Paris, 1777), s. 94–95.

sine karşın,[25] bu seçmeli oluş yalnızca nicel değildir. Şu ya da bu hastalığa daha çok öğretici değer yüklemesine karşın, sadece nitel de değildir. Bir seçme süreci çalıştırmasıyla, hastalığın açığa çıkma tarzının doğasının ta kendisini ve hastalık ile hasta arasındaki ilişkiyi değişikliğe uğratır; hastanede, şu ya da bu hastalığa yakalanmış olan bireylerle ilgilenilir; hastane hekiminin rolü hastanın içinde hastalığı keşfetmektir; ve hastalığın bu içselliği, onun çoğu kez hastanın içine gömülmüş, hastanın içinde bir şifre gibi gizlenmiş olduğu anlamına gelir. Öte yandan klinikte ise şu ya da bu hastayı etkileyen hastalıklarla ilgilenilir; ortada olan, hastaya değil hastalığın hakikatine ait olan uygun bir bedenin içindeki hastalığın kendisidir. Bu, "bir yazılı metin olarak hizmet eden çeşitli hastalıklardır.":[26] Hastanın işlevi, bazen karmaşık ve anlaşılmaz olan metnin, kendi aracılığıyla okunabilmesini sağlamaktan ibarettir. Hastanede, hasta kendi hastalığının *özne*sidir; yani bir *vak'a*dır; sadece *örnekler* ile ilgilenen klinikte ise hasta kendi hastalığının vesilesidir, tesadüfen ona yakalanmış olan geçici bir nesnedir.

3. Klinik, henüz bilinmeyen bir hakikati keşfetmeye yarayan bir araç değildir; daha önce ulaşılan bir hakikati düzenlenmenin ve onu sistematik olarak ortaya çıkmak üzere sergilemenin belli bir yoludur. Klinik, öğrencinin çözüm anahtarını başlangıçta bilmediği bir çeşit nozolojik tiyatrodur. Tissot, öğrencinin bu anahtarı uzun süre aramasını ister. Klinikteki her hastanın iki öğrenciye emanet edilmesini salık verir; bu hastaları "incelikle, tatlılıkla, bu talihsiz zavallıları avunduracak bir iyilikle" muayene edecek olan onlar, yalnızca onlardır.[27] Hastayı, doğum yerine ve oradaki kuruluşlara, mesleğine, önceki hastalıklarına ilişkin sorgulamakla işe başlayacak, sonra hastanın hayatî fonksiyonlarını (solunum, nabız, ateş), doğal fonksiyonlarını (susuzluk, iştah, boşaltım) ve

---

[25] Tissot, Memoires pour la construction d'un Hôpital clinique, *Essai sur les etudes medicales* (Lozan, 1785)'in içinde.

[26] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux*, s. 30.

[27] Tissot, *a. g. e.*, s. 120.

hayatî fonksiyonlarını (duyumlar, yetenekler, uyku, ağrı) inceleyeceklerdir. "Ayrıca iç organların durumunu saptamak için alt karın bölgesini elle yoklamaları gerekir."[28] Peki bunu yaparak neyi ararlar ve muayenelerini hangi yorumsal ilke yönlendirmelidir? Saptanan fenomenler, öğrenilen geçmiş, fark edilen bozukluklar ve eksiklikler arasındaki ilişkiler nelerdir? Hastalığın adı, herhangi bir adı telaffuz etmeye olanak veren şeyden başka bir şey değildir. Bu ad bir kez koyulduktan sonra, hastalığın nedenleri, belirtileri, teşhisi, şu sorularla kolayca ortaya çıkar: "Bu hastada bulunan nedir? Değiştirilmesi gereken ne vardır?"[29] Tissot'nun salıkladığı, önceki muayene yöntemlerine göre, birkaç ayrıntı dışında hiç de daha az titiz değildir. Bu bilgi toplama işinin "klinik muayene" ile farkı, klinik muayenede hasta organizmanın bir dökümünün yapılmamasıdır; klinik muayenede, ideal bir çözüm – dört işlevli – yakalama imkânı sağlayacak unsurlar saptanır: Bu çözüm bir adlandırma yoludur, bir bağlantı ilkesidir, bir gelişim yasasıdır ve bir temel kurallar birliğidir. Başka bir deyişle, acı çeken bir beden üzerinde dolaşan bakış aradığı hakikate ancak, çifte hakikati olan *adın* dogmatik anından geçerek ulaşabilir: Hastalığın saklı ama çoktan ortada olan hakikati ve çözümün ve çıkış yollarının açıkça varılabilir olan hakikati. Öyleyse tahlil ve sentez gücüne sahip olan şey bakışın kendisi değil, dışarıdan gelip öğrencinin dikkatli bakışının bir ödülüymüş gibi eklenen ve gidimli bir bilginin doğruluğudur. Algılanan şeyin derinliğinin, sadece adlandıran gerçekliği (kısa, öz ve zorlayıcı) sakladığı bu klinik yöntemde söz konusu olan, bir *muayene* değil bir *şifre çözme*dir.

4. Bu yüzden, kliniğin sadece tek bir yönü takip etmesinin gerekliliği anlaşılabilir: Yukarıdan aşağıya doğru, kurumsal bilgiden bilgisizliğe doğru giden bir yön. XVIII. yüzyılda yalnızca pedagojik klinik vardır ve bu yöntemle hekimin, doğanın hastalığa

[28] *A.g.e.*, S. 121-123.
[29] *A.g.e.*, S. 124.

bıraktığı gerçekliği her an keşfedebileceği kabul edilmediği için, bu klinik hâlâ sınırlı durumdadır. Klinik dar anlamıyla, sadece öğretmenin öğrencilerine verdiği bu öğretimle ilgilidir. Kendi başına bir deney değildir, ama daha önceki bir deneyin, başkalarının kullanımına yönelik özetidir. "Öğretmen öğrencilerine, daha iyi görülmesi ve bellekte daha iyi kalması için, nesnelerin hangi düzende gözlemlenmeleri gerektiğini gösterir; onların işlerini kolaylaştırır; onları kendi deneyinden yararlandırır."[30] Klinik, hiçbir biçimde bakış yoluyla *keşif yapmayacaktır*; sadece, *göstererek kanıtlama* sanatının yerini alacaktır. Desault, *Hôtel-Dieu*'de, 1781'den beri verdiği cerrahî klinik derslerinde: "En ağır hastalıklara yakalanmış hastaları dinleyicilerinin gözü önüne getiriyor, hastalıklarını sınıflandırıyor, belirtilerini inceliyor, izlenmesi gereken tutumu belirliyor, gereken işlemleri yapıyor, bu işlemlerin amaç ve yöntemlerini açıklıyor, her gün meydana gelen değişimlerle ilgili bilgi veriyor ve hasta iyileştikten sonra organların durumunu ya da cansız bedende, yöntemini yararsız kılan bozulmalara işaret ediyordu."[31]

5. Tabiî bu sözler, esasen didaktik olsa da, Desault örneğinin her şeye rağmen olayla ilgili kararı ve riski üstlendiğini gösterir. XVIII. yüzyılda klinik, tıbbî deneyin bir yapısı değil, ama en azından denenmiş olması anlamında, deneydir: Zamanın doğrulaması gereken bir bilginin denenmesi, sonucun haklı ya da hatalı bulacağı reçetelerin denenmesi, üstelik öğrencilerden oluşan doğal bir jürinin önünde. Tanıkların karşısında, söyleyecek sözü olan hastalıkla, onu adlandırabilmiş olan dogmatik söze karşın kendine özgü ifadesini koruyan hastalık arasında bir çekişme var gibidir. Bu nedenle öğretmenin verdiği ders kendi aleyhine dönebilir ve bizzat doğa, onun temelsiz konuşmasının altından kendi öğretimini haykırabilir. Cabanis bu kötü dersten alınacak dersi şöyle açıklar: Eğer öğretmen yanılırsa, "doğa kısa sürede onun yanlışla-

[30] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (Paris, 1790), s. 30.

[31] M.-A. Petit, Eloge de Desault, *Medecine du coeur*'ün içinde, s. 108.

rını ortaya çıkarır... Sözü yutmak ya da değiştirmek mümkün değildir. Dahası yanlışlar çoğu kez öğretmenin başarılarından daha yararlı olur ve yanlışlar olmadan belki de başarılar üzerinde yalnızca geçici etkiler bırakacak olan imgeleri daha da etkisiz kılar."[32] O halde doğanın gelişimi, ancak bilgiççe adlandırma başarısızlığa uğradığında ve zaman onu gülünç kıldığında kendini ona kabul ettirir: Bilginin dili susar ve izlemeye başlanır. Bu klinik denemenin dürüstlüğü tartışılmazdır, çünkü kazanacağını umduğu şeye, her gün yenilenen bir çeşit sözleşmeyle bağlanmaktadır. Edinburgh Kliniği'nde öğrenciler, koyulan tanının, her vizitede hastanın durumunun ve gün içinde alınan ilâçların not edildiği bir defter tutarlar.[33] Bir günlük tutulmasını tavsiye eden Tissot da, Kont Firmian'a yazdığı ve ideal kliniği betimlediği rapora, bu günlüklerin her yıl yayımlanması gerektiğini ekler.[34] Nihayet ölüm halinde, kadavranın incelenmesi, son bir doğrulama imkânı sağlamalıdır.[35] Böylece, bilgiç, senteze dayalı ve adlandıran söz, bir saptamalar kroniği oluşturmak için, gözlemlenen olasılıklar alanına açılır.

Bu görülüyor: Klinik kurumu, kurulduğu ve tasarlandığı biçimiyle, önceden beri var olan bilgi formlarından çıkmıştır ve kendi dinamiğine sahip olması ve tıbbî bilgide kendi gücüyle genel bir değişikliğe yol açması için henüz hiç yeterli değildir. Kendi kendine yeni nesneler keşfedemez, yeni kavramlar oluşturamaz ve tıbbî bakışı başka türlü düzenleyemez. Tıbbî söylemin belli bir biçimini geliştirir ve düzenler, ama yeni bir söylemler ve uygulamalar bütünü icat edemez.

Dolayısıyla klinik, XVIII. yüzyılda bile, hastalıkların saf ve yalın

---

[32] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux*, s. 30.

[33] J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (Fr. çeviri, 1777), s. 95.

[34] Tissot, Memoire pour la construction d'un hôpital clinique, *Essai sur les etudes medicales*'in içinde.

[35] Bkz. Tissot, *a. g. e.*, ve M.-A. Petit, *Eloge de Desault*

bilgisinden çok daha karmaşık bir biçimdi. Ama yine de, bilimsel bilginin gelişiminde özgül bir rol oynamamıştı, bu bilgiyle aynı yapılanmaya sahip olmadan, hastane alanına eklemlenen marjinal bir yapı oluşturmuştu. Özetlediği kadar analiz etmediği bir uygulamanın öğretilmesiyle ilgiliydi; tüm deneyleri yalnızca, teatral olarak gecikmiş, basit bir yayma formu olan sözlü bir açığa çıkarmanın oyunları çevresinde toplamaktaydı.

Fakat birkaç yıl sonra, yani yüzyılın sonlarında klinik âni ve radikal bir yeniden yapılanmaya maruz kalacaktı: İçinde doğduğu teorik bağlamdan kopup, artık içinde bilginin *söylendiği* alanla sınırlı olmayan, ama bilginin içinde doğmak, sınanmak ve kendi kendini gerçekleştirmek üzere birlikte genişlettiği bir uygulama alanına kavuşacaktı: Tıbbî deneyimin *bütünü* ile özdeşleşecekti. Bunun için de ayrıca yeni güçlerle silâhlanmak, ders verir gibi konuşulan dilden kopmak ve bir keşif hareketi için özgürleşmek zorundaydı.

5
hastanelerden alınan ders

Tıp Sözlüğü'nün "Suiistimal" maddesinde, tıbbî formasyon sorunlarının genel olarak hastane içindeki bir öğretim sistemi örgütlenmesiyle çözülebileceğine inanan Vicq d'Azyr nezdinde yapılması gereken esas reform öğretim sistemi örgütlenmesidir: "Hastalıklar ve ölüm, hastanelerde büyük dersler sunuyor. Bunun bize yararı dokunuyor mu? Hastanelerimizde o kadar kurbanı etkileyen hastalıkların tarihini yazıyor muyuz? Hastanelerimizde hastalıkları gözlemleme ve tedavi etme sanatını öğretiyor muyuz? Hastanemizde bir klinik tıp kürsüsü kurduk mu hiç?"[1] Sözü edilen eğitim reformu her şeye rağmen, çok kısa bir zamanda, çok daha geniş bir önem kazanacaktı; tıp bilgisinin tamamını yeniden düzenlemenin ve bizatihi hastalık bilgisinde bilinmeyen ya da unutulmuş ama daha temel ve daha kesin deneyim biçimlerinin tesis edilebilmesinin bu sayede mümkün olacağı kabul edilecekti. Şimdilerde "Apollon ve Asklepios tapınaklarını yeniden canlandırabilecek olan, kliniktir, sadece kliniktir."[2] Öğretme ve *söyleme* yolu, yerini öğrenme ve *görme* yoluna bırakmıştır.

Pedagoji, Rönesansın başlangıcında olduğu gibi XVIII. yüzyıl sonunda da, bir formasyon ölçütleri sistemi olarak, düşüncelerin

---

[1] Vicq d'Azyr, *Œuvres*, (Paris, 1805), V. Cilt, s.64.

[2] Demangeon, *Du moyen de perfectionner la medecine*, s.29.

temsil edilmesi ve birbirini izlemesi teorisiyle dolaysızca birleşmişti. Şeylerin ve insanların çocukluğuna ve gençliğine muğlâk bir güç bahşedilmişti: Hakikatin doğuşunu bildirmek; fakat bununla birlikte insanların yavaş ilerleyen hakikatini sınamak, düzeltmek, kendi yalınlığına yaklaştırmak. Hakiki eğitim, hakikatin ortaya çıkışıyla özdeşleştirilebilirse çocuk, yetişkinin dolaysız öğretmeni haline gelir. Şeyler, her çocukta yorulmak bilmeden gençliğini tekrarlar; dünya, doğduğu formla yeniden ilişki kurar; o, kendisine ilk kez bakan biri için hiçbir zaman yetişkin değildir. Göz, eskimiş akrabalıklarından kendini kurtardığında şeylerin hiç değişmeyen, her zaman hazır ve nazır düzeyine açılabilir; ve uzak bilgisizliğini ustalıkla tekrarlayarak tüm duyular ve tüm bilgi kaynaklarının en kavrayışsızı olmaya yetecek kadar akıllıdır. Kulağın kendi tercihleri, elin izleri ve kırışıklıkları vardır; ışıkla akraba olan göz, sadece mevcut olanı görür. İnsana çocuklukla yeniden ilişki kurma ve hakikatin kesintisiz doğuşunu yeniden keşfetme imkânı veren şey, bakışın bu aydınlık, mesafeli ve açık doğallığıdır. XVIII. yüzyıl felsefesi bu yüzden başlangıcını iki büyük efsanevî deneyime dayandırmak ister: Bilinmeyen bir ülkedeki yabancı görgü tanığı ve ışığa sonradan kavuşmuş bir doğuştan kör. Fakat Pestalozzi ile *Bildungsromane*lar (eğitsel romanlar, *–ç.n.*) da bu büyük Çocukluk Bakışı temasına aittir: Dünyanın söylevi, açık gözlerden, her ân ilkmiş gibi açılan gözlerden geçer.

Termidor tepkisi başladığında, Cabanis ve Cantin'in karamsarlığı doğrulanmış gibi gözükmektedir: Beklenen "haydutluk" her tarafa yayılmıştır.[3] Savaşın başından beri ama özellikle 93 sonbaharındaki kitlesel ayaklanmadan sonra birçok hekim, gönüllü ya da zorunlu olarak orduya katılmıştır; hekimlik taslayanlar artık "diledikleri gibi davranmakta serbesttirler."[4] Poissonniere Bölge-

[3] Cantin, *Projet de réforme adresse à l'Assemblée*, (Paris, 1790), s.13.

[4] Lioult, *Les charlatans devoiles*, (Paris, VIII. Yıl), sayfa numarası olmayan önsöz.

si'nden Caron adlı birinin kaleme aldığı ve 26 *Brumaire* (FDT'nin ikinci ayı, *-ç.n.*) II. Yıl tarihinde Konvansiyon'a takdim edilen dilekçe, fakültenin yetiştirdiği hekimler arasında, halkın onlara karşı korunmak istediği bayağı "şarlatanlar" olduğunu ihbar eder.[5] Fakat bu kaygı hızla yön değiştirir ve tehlikenin hekim olmayan gerçek şarlatanlardan geldiği anlaşılır: "Halk, eğitimi yetersiz ve kendisini bu sanatın ustası kabul ederek, keyfiyen ilâç dağıtan ve binlerce yurttaşın sağlığını tehdit eden bir yığın insanın kurbanı olmaktadır."[6] Bu "barbar" tıbbın yarattığı felâketler Eure gibi bir bölgede de yaşanmaktadır; uyarılan Direktuvar, durumu Beş Yüzler Meclisi'ne bildirir[7] ve hükümet yasama gücünden, bir kez 13 *Messidor* IV. Yıl tarihinde ve bir kez de 24 *Nivôse* (FDT'nin dördüncü ayı, *-ç.n.*) VI. Yıl tarihinde, yani iki kez, bu tehlikeli özgürlüğü sınırlandırmasını ister: "Ey yurttaş temsilcileri, vatan anaç çığlıklarını duyurmaktadır ve sözcüsü de, yürütme gücü olan Direktuvar'dır! Böyle bir konunun âcilliği gayet açıktır. Bir günlük gecikme bile sayısız yurttaşın ölümü kararı anlamına gelebilir."[8] Yoksul hastaların hastaneye yerleştirilmesi zorlaştıkça, çabucak yetiştirilmiş hekimler ya da hekimlik taslayan deneyimli kişilerin etkisi, daha korkunç bir boyut kazandı. Hastane mallarının millileştirilmesi bazen nakit işletme sermayesine, paraya el konmasına kadar varmış ve birçok kurum yöneticisi (Toulouse'da, Dijon'da), artık bakımını sağlayamadıkları yatılı muhtaçları zorunlu kaldıkları için sokağa koymuşlardır. Yaralı ya da hasta askerler birçok sağlık kurumunu işgâl ediyor, tabiî hastaneleri için artık başka kaynak bulamayan belediyeler bu durumdan memnuniyet duymaktadır. 15 Temmuz 1793'te, pansiyon ücretleri ordu tarafından karşılanan yaralı askerlere yer aç-

---

[5] A.N. 17, A 1146, d.4 Akt. A. Soboul, *Les Sans-Culottes parisiens en l'an II*, (Paris, 1958), s.494,127. sayı.

[6] Baraillon'un 6 Germinal VI. Yıl tarihli raporunda aktardığı, Beş Yüzler Konseyi'ne sunulan 24 Nivôse VI. Yıl tarihli Direktuvar bildirisi.

[7] 22 Brumaire ve 4 Frimaire V. Yıl.

[8] 24 Nivôse IV. Yıl tarihli bildiri.

mak için, Poitiers'deki *Hôtel-Dieu*'den 200 hasta tahliye edilir.[9] Hastalıkların, katı gerçekler ve devrimci düşlerin kendiliğinden çakışmasının sonucunda hastane dışına konulması, patolojik özleri doğanın hakikatine geri teslim ederek böylece düzeltilmesini düşünmek bir yana, ortaya çıkan zararın daha da çoğalmasına ve halkın korunma ve yardımdan yoksun kalmasına neden oldu.

Termidor döneminin sonunda ya da Direktuvar'ın başlarında pek çok askerî sağlık görevlisinin terhis olup sivil pratisyenler olarak köylere ya da kentlere yerleştiğine kuşku yoktur. Fakat hekimlerin kalitesi aynı değildi.

Sağlık görevlilerinin birçoğu yeterli eğitim ve deneyimden yoksundu. II. Yıl'da Kamu Güvenliği Komitesi, Millî Eğitim Komitesi'nden "Cumhuriyet ordularının ihtiyacının karşılanması amacıyla âcilen sağlık görevlileri eğitmenin" yolunu gösteren bir kararname tasarısı hazırlamasını talep eder.[10] Fakat mesele gayet âcildir, mevcut gönüllüler arasından ihtiyaç duyulan personel hazırlanır ve zatem eğitimli olduklarını ispatla yükümlü birinci sınıf sağlık görevlileri haricindekiler, tıp konusunda kendilerine alelacele belletilenlerden başka bir şey bilmiyorlardı. Bu kötü yetişmiş pratisyenler ordu hizmeti sırasındaki hatalarından dolayı kolayca eleştirilebiliyorlardı.[11] Tabiî, sanatlarını sivil halk arasında ve hiyerarşik denetimden uzak icra etmeye başlamış olan bu hekimler, çok daha ciddî zararlara yol açtılar: Meselâ La Creuse'de, hastalarına ilâç zannederek arsenik veren bir sağlık görevlisinin birçok hastanın ölümüne yolaçtığı bildirilmişti.[12] Dört bir yandan, yeni mevzuat ve denetim mercileri talebi gelmektedir: "Eğer ikinci ve üçüncü sınıf hekim, cerrah ve eczacıların, meslekî pratiklerine yeni bir sınava tâbi tutulmadan devam etmelerine

---

[9] P. Rambaud, *L'Assistance publique à Poitiers jusqu'à l'an V.*, II. Cilt, s. 200.

[10] Guillaume, *Proceces-verbaux du Comite d'Instruction publique de la Convention*, IV. Cilt, s. 828–829.

[11] Baraillon, *Rapport au Conseil des Cinq-Cents*,(6 Germinal VI. yıl), s. 6, organ kesip alma skandalıyla ilgili.

[12] *A.g.e.*

izin verirseniz, adam öldürmeye meyilli bu adamlar Fransa'yı istila edecekler... En güvenilen, en tehlikeli, yasa tarafından daha dikkatli biçimde gözlenmesi gereken şarlatanlar, her zaman özellikle adam öldürmeye meyilli bu Topluluk arasından türüyor."[13]

Bu durumda kendiliğinden koruyucu örgütlülükler belirmekte gecikmedi. Bunlardan bazıları tehlikeli biçimde avam kökenlere sahipti. Paris'in en ılımlı bazı kesimleri Montagnardlar'ın "ne kadar yoksul varsa, o kadar hastane olur" aksiyomuna sadakatlerini koruyarak, bakımı evde devam edecek hastalar için bireysel yardım dağıtılması talebini sürdürseler bile,[14] tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasında zorluklar çeken en yoksul kesimler, yoksul hastaların kabul edileceği, besleneceği ve tedavi göreceği hastanelerin kurulmasını, yoksullar için yeniden yurtlar yapılması ilkesine geri dönülmesini talep etmekteydi.[15] Halk toplulukları ve dernekler, hükümetin girişimleri olmaksızın topladıkları paralarla bakımevleri ve yurtlar kurdular.[16] Fakat *Termidor*'un ardından girişim yukarıdan geldi. İktidarı yeniden alan ya da sonunda iktidarı almayı başarabilen aydın sınıflar ve entelektüel çevreler, bilgi için hem toplumsal düzeni hem bireysel hayatları gözeten imtiyazların geri verilmesini talep ettiler. "Tanık oldukları hastalıkların korkuttuğu" ve "kanunun sessizliği karşısında sarsılan" yerel yönetimlerden bazıları, yasamanın vereceği kararları beklemek yerine hekimlik iddiasında bulunanlar üzerinde kendileri bir denetim tesis etmeye karar verdiler. Yeni gelenlerin nitelik, bilgi ve deneyimlerini değerlendirmek üzere, Eski Rejim'in tanıdığı hekimler arasından seçilen komisyonlar kuruldu.[17] Tabiî, ilga edilen

---

[13] *Opinion de Porcher au Conseil des Anciens* (16 Vendemiaire VI. Yıl tarihli oturum), s. 14–15.

[14] Lombardiyalılar grubunun talebi, bkz. SOBOUL, *a.g.e.*., s. 495.

[15] Silahlılar, Maluller ve Lepeletier gruplarının Konvansiyon'a sunduğu dilekçe (*a.g.e.*).

[16] Toplumsal Sözleşme Grubu'nun gebe kadınlar için kurduğu yurt.

[17] E. Pastoret, *Rapport fait au nom de la Commission d'Instruction publique sur une mode provisoire d'examen pour les officiers de sante* (16 Thermidor V. Yıl), s. 2.

bazı Fakülteler, fonksiyonlarına yarı gizli halde devam ettiler: Tıp öğrenmek isteyenler eski öğretim üyelerinin çevresinde toplamıştı ve öğrenciler hasta ziyaretlerinde onlara eşlik ediyorlardı; eski öğretim üyeleri arasında hastanelerin bir departmanında görev alabilenler, öğrencilerine hastaların yatakları başında [*vizit*] ders veriyor ve böylece öğrencilerin yeteneklerini değerlendirebilme imkânına da sahip olabiliyorlardı. [Eski öğretim üyelerinin verdiği] tamamen özel kabilinden bu derslerin ardından öğrencilere, hem onların yetenekleri hakkında bir karar verildiğini, hem de öğrenciler arasındaki farkı daha iyi belirtmek için, gerçek bir hekim olduklarını gösteren bir çeşit ruhsatsız diploma bile veriyorlardı. Bu olaylara, özellikle Caen ya da Douai gibi özellikle ılımlı bazı taşra illerinde rastlanıyordu.

Montpellier, değişik tepki biçimlerinin toplandığı nâdir örneklerden biridir: Burada hem orduya hekim yetiştirme zorunluluğunun, hem Eski Rejim'in onayladığı eski tıbbî niteliklerden faydalanmanın, hem halk meclislerinin ve de yerel yönetim müdahalesinin, hem de kendiliğinden meydana gelmiş olan bir klinik deneyin belirdiği görülür. Üniversitenin eski öğretmenlerinden Baumes, hem cumhuriyetçi düşünceleri hem de deneyimi sayesinde Saint-Eloi askerî hastanesine tayin edilmiştir. Konumundan dolayı da, sağlık görevlisi adayları arasında bir seçim yapmak zorundadır. Fakat mevcut öğretimin örgütlü olmaması nedeniyle, tıp öğrencileri bölge halkıyla birlikte, bölge yönetimine bir dilekçe verir ve duruma müdahale eder, böylece Saint-Eloi hastanesinde klinik öğretim kurulmasına önayak olurlar, görev Baumes'e verilir. Baumes, takip eden yıl 1794'te, gözlemlerinin ve öğretiminin sonucunu yayımlar: "Tıbbî öğretim yılı boyunca görülen hastalıkları tedavi etme yöntemi."[18]

Bu mümtaz bir örnek olabilir ama anlamlıdır. Toplumsal sınıflardan gelen baskı ve taleplerin, kurumsal yapıların, birbirinden çok farklı teknolojik ya da bilimsel sorunların belirli bir yönde gelişerek kendiliğinden çakışması bir deneyim oluşturmaktadır.

[18] A. Girbal, *Essai sur l'esprit de la clinique medicale de Montpellier* (Montpellier, 1858), s. 7–11.

Görünüşe göre bu deneyim, mümkün olan yegâne kurtuluş yolu olarak XVIII. yüzyılda gelişmiş olan klinik geleneğinin canlandırılmasından ibarettir. Ama aslında büsbütün farklı bir içerik söz konusudur. Bu özerk hareketin ve bu harekete cesaret veren, koruyan yarı-dokunulamaz gizlilik çerçevesinde kliniğe dönüş, gerçekte hem birleşik, hem de temel tıp alanındaki ilk örgütlenmedir. Birleşiktir, çünkü her günkü pratik bağlamında hastane deneyi, pedagojik sistemin genel biçimi ile benzerlik gösterir. Fakat aynı zamanda temeldir de, çünkü XVIII. yüzyıl kliniğinden farklı olarak, önceden oluşmuş bir deneyimin ve bir cehâlet olarak dağıtılmışlığın olup bitenden sonraki karşılaşması meselesi değil, bilginin bir amaç olarak yeniden düzenlenmesidir. Hakikatin, deneyimli gözlemcinin ve henüz saf olan aceminin bakışında kendiliğinden ve aynı tarzda öğrenildiği bu alanda, her ikisi için de sadece tek bir dil mevcuttur: Muayene edilen hastalar dizisinin bizzat okul işlevi gördüğü hastane. Eski hastane yapılarıyla üniversitenin aynı anda ilgası, öğretimin, somut deney alanıyla dolaysızca ilişkilenmesine imkân sağlıyor, hattâ gerçeğin aktarımında temel aşama gibi duran dogmatik söylevi gizliyordu. Üniversitenin susturulması, *kürsü*nün ilgası, eski dilin ve koşullar nedeniyle aceleye gelmiş kısmen kör bir pratiğin bilinmezliğinde, sözlerden yoksun bir dile uygun, yeni kuralları olan bir sözdiziminin oluşmasına yol açmıştır. Bu söylev, sadece bakışa değil, fakat dile de borçludur. Kliniğe bu âcil başvuru, bir başka kliniği, yaklaşan XIX. yüzyıl kliniğini doğuracaktır.

Konvansiyon'un sonunda, klinik çevresinde örgütlenmiş bütünüyle yeni bir tıp temasının yeniden özgürleşmesi ve 1793'e kadar baskın olan tıp temasını bertaraf edişi, hızlı olmuşsa da sürpriz değildi. Aslında olup biten, (toplumsal sonuçlarının genelde "gerici" olmasına karşın) ne bir gericilik tepkisi, ne de (bir mesleğin icrası ve bilim olarak tıp bu gelişmeden birçok yolla faydalanmış olsa da) bir ilerlemeydi. Belli bir tarihsel bağlamda "özgür tıp" temasının yeniden yapılandırılarak ortaya çıkması söz konusudur. Kendine has kurumsal ve bilimsel yapıları, kendini bakışa aktaran hakikatin o zorunlu ve özgürleşmiş alanında ta-

nımlayacaktır Sadece politik oportünizmle değil, ama kuşkusuz uygunluklar ve hiçbir eleştirinin zedeleyemeyeceği anlaşılmaz bir sadakat nedeniyle de aynı Fourcroy, II. Yıl'da "Gotik üniversitelerin ve aristokratik akademilerin" yeniden kurulmasına ilişkin her projeye karşı çıkmaktadır[19] ve III. Yıl'da, fakültelerin geçici olarak kapatılmasının beraberinde "reform ve ilerlemeyi" taşımasını istemektedir.[20] "Öldürücü olan sahte hekimliğin ve ihtiraslı cehâletin, çilekeş her şeye inanan saflığa, dört bir yandan tuzak kurması" gerekmez.[21] Şimdiye kadar eksik kalan "sanatın gerçek pratiği, hasta yataklarındaki gözlem", yeni tıbbın temel parçasını oluşturmalıdır.

Termidor ve Direktuvar, kliniği, tıbbın kurumsal yeniden örgütlenmesinin başlıca teması kabul etmiştir. Onlar nezdinde klinik, özgürlüğün bütünlüklü deneyini sonlandırmanın, ama gene de bu deneye pozitif bir anlam atfetmenin ve birçoklarının istediği gibi Eski Rejim'in bazı yapılarını canlandırmanın bir yoludur.

1. 14 Frimaire *III. Yıl önlemleri*

Fourcroy, Konvansiyon'a, Paris'te bir Sağlık Okulu kurulması içeren bir rapor sunmakla görevlendirilir. Sunduğu gerekçeler dikkate değerdir, çünkü metninden ve ruhundan birçok kez uzaklaşılsa da, fiilen oylanan kararname, *toplamda* Fourcroy tasarının gerekçelerini tekrarlıyordu. Öncelikle, tüm Fransa'da, hastanelere ve özellikle askerî hastanelerin ihtiyaç duyduğu sağlık görevlilerinin yetiştirilmesinde Kamu İşleri Merkez Okulu modeline dayanan tek bir okul kurulması söz konusudur. Orduda, on sekiz aydan daha kısa bir sürede altı yüz hekim kendi birliklerinde öl-

[19] Fourcroy, *Rapport et projet de decret sur l'enseignement libre des science et des arts* (II. Yıl), s. 2.

[20] Fourcroy, *Rapport à la Convention au nom des Comite de Salut Public et d'Instruction Publique* (7 Frimaire, III. Yıl), s. 3.

[21] *A.g.e.*, s. 3.

dürülmemiş midir? Bu geçerli nedenin ve şarlatanların yanlış tedavilerini sona erdirme ihtiyacından başka, eski meslek birliklerini ve onların imtiyazlarını canlandırmanın önüne geçecek bu tedbir karşısında yapılan önemli itirazlara da son vermek gerekir. Tıp, hakikati ve başarıları tüm ulusu ilgilendiren pratik bir bilimdir. Bir okul kurarak bir avuç bireyin çıkarları kollanamaz; nitelikli aracılarla halkın, hakikatin faydalarını hissedebilmesine imkân sunabilir. Tarz ve düşünce kaygısı taşıyan raportör, "bunun, sanatın ve bilimin usta etkinliğinin, toplumsal gövdenin tüm dallarında dolaşımını sağlayan pek çok kanalı canlandırmak" olduğunu söyler.[22] Oysa bildiğimiz tıbbın tüm yurttaşlar için faydalı bir bilgi olmasını sağlayan, tıbbın doğa ile kurduğu dolaysız ilişkidir. Yeni okul, eski fakülte gibi kitaplara bağlı ve anlaşılmaz bir bilgi loküsü olmak yerine "Doğanın Tapınağı" halini alacak, burada eski öğretmenlerin bildiklerini düşündükleri değil, gündelik pratiğin sergilediği o herkese açık gerçeklik biçimi öğretilecektir. "Pratik, teorik ilkelerle birleşecektir. Öğrenciler kimyasal deneylere, anatomik kadavra incelemelerine, cerrahî operasyonlara, makine kullanımına alışacaklardır. 'Az okumak, çok şey görmek ve çok şey yapmak', bizzat pratiğe alışmak ve bunu hastaların yatağında yapmak: Yararsız fizyolojileri değil, gerçek 'tedavi sanatını' öğretecek olan işte budur."[23]

Böylece klinik verileri, hem bilimsel tutarlık, hem de yeni tıp örgütlenmesinin toplumsal faydası ve politik saflığı için temel bir unsur haline gelir. O, güvenceye alınmış özgürlüğün içindeki hakikattir, klinik öğretimin üç hastanede (*Humanite* Yurdu, *Unite* Yurdu ve Okul Hastanesi) ve işe tam olarak katılabilmeleri amacıyla, yeterince ücret alan öğretmenler tarafından yerine getirilmesini önerir.[24] Halk bu yeni sağlık okuluna rahatça kabul edilecektir: Mesleğini yeterli formasyonu olmaksızın icra edenlerin deneyimlerini tamamlamak için gönüllü olarak gelecekleri umul-

[22] *Rapport de Fourcroy à la Convention, au nom des Comites de Salut Public et d'Instruction Publique* (7 Frimaire III. Yıl), s. 6.

[23] *A.g.e.*, s. 9.

[24] *A.g.e.*, s. 10

maktadır. Durum nasıl olursa olsun, her kazada, "iyi tutumu, saf ahlâkı, Cumhuriyet aşkı, zorbalara nefreti, eğitimi yeterli temeli olan bir kültürü ve özellikle de tedavi sanatına başlangıç konusunda bilimsel bilgileri" olan öğrenciler seçilecek ve üç yıl sonra sağlık görevlisi olmak üzere Merkez Tıp Okulu'na gönderileceklerdir.[25]

Fourcroy, taşra için sadece özel okullar teklif etmiştir. Öneriye karşı çıkan Güney delegeleri, Montpellier'in de kendi merkez okuluna sahip olmasını talep ederler. 14 *Frimaire* III. Yıl tarihli kararname, sadece üç tıp okulunun kurulmasından bahseder, ama sonunda Ehrman da Strazburg için benzer bir talepte bulunur. Üç yıllık bir öğretim düşünülmüştür. Paris'teki "başlangıç düzeyi" sınıfı, birinci yarıyılda anatomi, fizyoloji, tıp kimyası; ikinci yarıyılda tıp, botanik, fizik dersleri görecektir. Öğrenciler "hastaları ziyaret alışkanlığı edinmek ve tedavi etmenin genel yolunu öğrenmek için" hastaneleri yıl boyunca, sık sık ziyaret etmek zorundadırlar.[26] "Önceden başlamış olanlar sınıfında" önce anatomi, fizyoloji, kimya, eczacılık, cerrahî tıp; daha sonra tıp, iç ve dış patoloji öğretilir; bu ikinci yılda öğrenciler hastanelerde "hasta hizmetinde" görevlendirilebilirler. Nihayet sonuncu yılda önceki dersler tekrarlanır ve o güne kadar edinilen hastane deneyimi sayesinde gerçek kliniklere başlanır. Öğrenciler dönüşümlü olarak dörder ay kalacakları üç hastaneye dağıtılırlar. Klinik iki bölümden oluşmaktadır: "Öğretmen, uygun biçimde muayene etmek için, her hastanın başında yeterince duracak, öğrencilere hastalığın teşhis bulgularını ve önemli belirtilerini gösterecek", ardından, hastane koğuşlarında gözlemlenen hastalıkların genel tarihini amfide tekrar değerlendirecektir. Hastalığın "bilinen, muhtemel ve saklı" nedenlerini gösterecek, teşhisini açıklayacak ve "hayatî", "tedavi edici" ya da "geçici çareler"in belirtilerini anlatacaktır.[27]

---

[25] *A.g.e.*, s. 12–13.

[26] *Plan géneale de l'enseignement dans l'Ecole de Sante de Paris* (Paris, III. Yıl), s. 11.

[27] *A.g.e.*, s. 39

Bu reformu karakterize eden, tıptaki dengeyi kliniğin kontrolüne kaydırmaktan ziyade, durumun daha kapsamlı bir teorik öğretim aracılığıyla denkleştirilmesidir. Bir hasta üzerinde yürütülen pratik deneyi tanımlayan kişi, bu tikel bilginin ansiklopedik içerikle ilişkilendirilmesinde ısrar edecekti. Yeni Paris Okulu'nun 14 *Frimaire* kararlarını yorumlayarak belirlediği ilk iki ilke, okulun, "cansız bedenin en basit yapısından, hayatın ve organizmanın bileşik fenomenlerine kadar hayvansal ekonomiyi tanıtacağını" ve doğadaki canlı bedenlerle diğer varlıklar arasındaki ilişkiyi göstermeye çalışacağını ortaya koyar.[28] Tabiî, bu genişlemede tıp, pratikteki bir dizi sorun ve ihtiyaçla ilişkilendirecektir. Tıp, insan varlığının, var oluşun maddî koşullarından ayrılamazlığını gözler önüne sererek, "hastalıklardan uzak oldukları sürece, insanların bireysel hayatlarını makul ve korunaklı biçimde nasıl sürdürecekleri beklentisine girebileceklerini" gösterecek ve "tedavi sanatının sivil düzenle hangi noktada temas kurduğunu" ortaya koyacaktır."[29] Öyleyse klinik tıp, ampirizmin ilk aşamasına geri çekilen ve metodolojik bir kuşkuculuk haliyle, mevcut bilgilerini, mevcut pedagojisini, sadece görünürün saptanmasına indirgemeye çalışan bir tıp değildir. Bu ilk aşamasında tıp, toplumdaki insanın doğası ve bilgisi olarak, aynı zamanda da ansiklopedik bilgi olarak tanımlanmadan klinik tıp olarak tanımlanamaz.

2. V. ve VI. Yıllardaki reform ve tartışmalar

14 *Frimaire*'deki tedbirler, mevcut sorunları çözmekten uzaktır. Sağlık okullarının halka açılmasıyla, bu okulların eğitimi yetersiz olan sağlık görevlilerini cezbedeceği ve böylece oluşacak serbest rekabetin sahte hekimler ve amatörleri bu alandan sileceği umulmuş, ancak hiçbiri olmamıştır. Okul sayısı çok azdı, tabiî nitelikli hekimler topluluğunun oluşmasını da sınavların sadece burslu öğrencileri kapsaması engellemiştir: Direktuvar, 13 *Messidor* IV. Yıl'da, 22 *Brumaire* ve 4 *Frimaire* V. Yıl'da ve 24 *Nivôse* VI.

[28] *A.g.e.*, s.1.
[29] *A.g.e.*, s.1-2.

Yıl'da olmak üzere dört kez, serbest tıp pratiğine, pratisyen hekimlerin kötü yetiştirilmesine ve etkili bir yasama eksikliğinin doğurduğu yıkımları meclislere hatırlatmak zorunda kalmıştır. Demek ki hem Devrim'den başlayarak yerleşen pratikte hekimlerle ilgili bir kontrol sistemi geliştirmek, hem de yeni okulların etkisini, dikkatini ve öğrenci sayısını arttırmak gerekmektedir.

Üstelik, okulların verdiği öğretim de eleştirilmektedir. Program, derslerin Eski Rejim'e benzer biçimde sadece üç yıl sürmesi nedeniyle, aşırı geniş ve iddialıdır: "Talebin çok olması nedeniyle kazanılan hiçbir şey yok."[30] Farklı dersler arasında hiçbir bütünlük söz konusu değil. Bir yandan Paris Okulu'na benzer biçimde semptomlar ve bulguları içeren klinik tıp öğretiliyor, fakat öte taraftan Doublet, iç patolojide, gayet geleneksel biçimde türler tıbbını öğretmektedir (önce en genel nedenleri, ardından "genel fenomenleri, hastalık türlerinin ve tek bir türün esas bölümlerinin yapısını ve niteliğini" öğretir, "cinsler ve türler konusunda aynı çalışmayı" tekrarlar).[31] Ama klinik kendinden beklenen eğitim ihtiyacını karşılayamadı. Çok fazla öğrenci ve çok fazla hasta vardır: "Bir hastane koğuşunda seri hareketlerle daireler çizilir, tekrarlanan gelişmenin sonucunda bir iki laf edilir, ardından aceleyle koğuştan çıkılır ve işte bu geçişe de klinikteki öğretim denir. Büyük hastanelerde genellikle hasta çoktur, ama az hastalık bulunur."[32]

Nihayet, lağvedilmiş tıp derneklerinin eski üyeleri, yöneltilen bütün eleştirilerden yararlanarak, kanunların koruduğu vasıflarla tanımlanan tıp mesleğinin restorasyonu taleplerinde başarılı oldular: 14 Frimaire yasasının kabulünden kısa bir süre sonra, 1792 Ağustos'unda Üniversite ile eşzamanlı kapatılan tıp dernekleri tekrar kuruldu. Bunların ilki, ilke olarak sadece özgürlükçü ve tarafsız bir enformasyon organı olmayı amaçlayan ve 2 *Germinal*

---

[30] Baraillon, *Rapports au Conseil des Cinq-Cents*, 6 Germinal VI. Yıl, s.2.

[31] *Plan genéral de l'enseignement dans l'Ecole de Sante de Paris*, III. Yıl, s.31.

[32] *Opinion de J.-Fr. Baraillon*, Beş Yüzler Meclisi oturumu (17 Germinal VI. yıl), s. 4.

(FDT'nin yedinci ayı, –*ç.n.*) IV. Yıl'da Desgenettes, Lafisse, Bertrand, Pelletier ve Leveillé tarafından kurulan Societé de Sante idi: Gözlem ve deneylerin hızla aktarılması, iyileştirme sanatıyla ilgilenen herkese ulaşan bilgi, ezcümle ulusal ölçekte ve sadece gözlemin ve pratiğin söz konusu olacağı büyük bir klinik. Derneğin ilk broşüründe açıklananlar şunlardır: "Tıp, sadece deneyin şart koştuğu talimatlar zemininde temellenmiştir. Bu talimatları bir araya getirmek için gözlemcilerin desteği gerekir. Yanı sıra tıbbın birbirinden farklı dalları, bilimle meşgul olan toplulukların mahvedilmesinden itibaren düşüştedir. Oysa bunlar, özgür gözlemci-pratisyen hekim dernekleri oluşumunu sadece memnuniyetle karşılayabilecek olan bir hükümetin himayesinde kurulacak ve yeniden canlanacaktır."[33] "Kişilerin yalıtılmasının... insanoğlunun çıkarlarına büsbütün zarar vereceğine"[34] ikna olan dernek, bu ruhla, kısa süre sonra yabancı tıp literatürüne ilişkin özverili bir ek olan *Recueil periodique*'i yayımlar. Ama bu evrensel bilgi endişesi, kısa sürede asıl meşguliyeti açığa çıkartır: Alışılmış bir öğretimin onayından geçerek yetkilendirilen hekimleri yeniden gruplandırarak özgür tıp pratiği sınırlarının yeniden tanımlanması sürecini kendi lehine etkilemek. "Günahkâr ve barbar bir elin, Fransa'da tıp kültüne adanan sunakları yıktığı o felâketli dönemlerin anısını tarihten silmek için bana izin verilsin! Bitip tükenmez başarılarını, antik ünleriyle ispatlayan bu bedenler yok oldu."[35] Bilgilendiricilikten ziyade seçici bir karakteri içeren bu hareket, taşraya yayılır: Lyon, Brüksel, Nancy, Bordeaux, Grenoble'de dernekler kurulur. Aynı yıl 5 *Messidor*'da, bir başka dernek, Alibert, Bichat, Bretonneau, Cabanis, Desgenettes, Dupuytren, Fourcroy, Larrey ve Pinel'i, Paris'teki kuruluş toplantısında bir araya getirir. Bu kuruluş, yeni tıbbın fikirlerini Sağlık Derneği'nden daha iyi temsil eder. Tapınağın kapılarının,

---

[33] *Recueil periodique de la Societe de Sante de Paris*'ın ilk fasikülündeki tanıtım ilânı.

[34] *Recueil periodique*, I, s, 3.

[35] *Recueil periodique*, II, s.234.

"iki kanadının da açılmasıyla kalabalığın Ianus Tapınağı'na hücum etmesi gibi, yapacak başka bir şeyi olmayan tıbbın da ilk kıvılcımla birlikte Devrime sığınması" gerçeği gösteriyor ki, kapıların layık olmadan girmeye çalışanlara kapatılması gerekiyor.[36] Tabiî III. Yıl okullarındaki pratik öğretim yönteminin de iyileştirilmesi gerekmektedir; çünkü bu yöntem, hekime güvenilir gözlem ve teşhis yöntemlerinden hiçbirini öğretemeyen hızlı ve karma bir formasyondur. O zaman "bu sendeleyen, düzensiz yöntemsiz faaliyetin, mantıklı ve felsefî biçimde ilerleyen bir yöntemle değiştirilmesi" talep edilir.[37] Kamusal kanaat nezdinde bu dernekler, Direktuvar'ın ve meclislerin dışında, ama en azından onların zımnî onaylarıyla ve burjuva aydınlarının temsiliyeti ve hükümete yakın ideologların sürekli desteğiyle[38] bir kampanya yürütecektir. Elbette bu hareketin klinik düşüncesi, III. Yıl'ın kanun koyucularının başlattığından farklı bir anlam edinecektir.

Direktuvar Anayasası'nın 356. maddesinde "yasa, yurttaş sağlığını ilgilendiren meslekleri denetler" denmektedir. Bundan sonra yürütülen bütün polemikler, denetim, sınır ve güvence vaat eder gibi görünen bu maddenin çerçevesinde devam edecektir. Bunun ayrıntılarına giremeyiz. Sadece, polemiğin temelindeki unsuru ifade edelim: İlk adımda öğretimin yeniden düzenlenmesi, daha sonra tıbbî pratik şartlarının oluşturulması mı, ya da tersine, ilk adımda tıbbî gövdenin iyileştirilip pratik kurallarının tanımlanması, ardından zorunlu derslerin saptanması mı gerekecektir? İki tez arasındaki politik paylaşım açıktır: Côte d'Or Başpapazı ve Daunou gibi Konvansiyon geleneğinden en az uzak olanlar, sağlık görevlilerini ve tıp alanının amatör pratisyenlerini, herkese açık öğretim sistemi aracılığıyla yeniden kazanmak, diğerleri, Cabanis'in ve Pastoret'nin çevresindekiler, kapalı tıp birliğinin yeniden oluşturulmasını hızlandırmayı talep etmektedirler. Direktuvar'ın başlangıcında birinci gruba ilgi daha çoktur.

---

[36] Memoires de la Societe medicale d'emulation, I. Cilt, (V. Yıl), s. II.

[37] *A.g.e.*, s.IV.

[38] Cabanis, 1798 Mart'ından itibaren Enstitü adına Beş Yüzler Meclisi'nde yer alır.

İlk reform planı, III. Yıl Anayasası'nın yazarları arasında yer almış olan ve ayrıca Konvansiyon'da Jirondenler'e sempati besleyen Daunou tarafından hazırlanmıştır. Daunou, *Frimaire* kararlarının özünü değiştirmeye yanaşmasa da, yirmi üç taşra hastanesine ayrıca "tamamlayıcı tıp dersleri" eklendiğini görmek ister.[39] Pratisyen hekimler, bu hastanelerde bilgilerini geliştirebilecekler, dolayısıyla yerel otoritelerin tıp pratiği vasıfları için uygunluk ihtiyacı da sağlanmış olacaktır: "Meslek-birliklerini yeniden kurmayacaksınız, ama kapasite kanıtı talep edeceksiniz; okula gitmeden hekim olunabilir, ama siz her bir adaydan bilgilerinin kanunî garantisini talep edeceksiniz ve bu yolla da, kişisel özgürlük haklarıyla kamu güvenliği haklarını uzlaştıracaksınız."[40] Klinik burada ve öncekinden çok daha açık bir biçimde, hekimlerin formasyonu ve tıbbî yeterliğin tanımlanması sorunlarının somut çözümü olarak belirir.

Daunou projesi, reformdaki cesaretsizliği ve III. Yıl ilkelerine bağlılığı nedeniyle ittifak halinde eleştirilir: Baraillon onu "gerçek bir cinayet tertibi" olarak adlandırır.[41] Milli Eğitim Komisyonu birkaç hafta sonra bu kez de, Cales'in raporunu sunar. İkinci rapor bütünüyle farklı bir ruhla yazılmıştır. Projesinde, hekim meslek birliğinin yeniden kurulmasını kabul ettirmek için, kentlere uygun tıp adamları, "bütün ülkenin ihtiyaç duyduğu" cerrahlar ve çocukların emanet edildiği eczacılar olarak yapılan ayırımı içermez.[42] Paris, Montpellier, Nancy, Brüksel ve Angers'de kurulacak olan beş okulda, tıp adamlarının, cerrahların ve eczacıların aynı dersleri almaları gerekmektedir. Öğrenim yıllarında ilerleme, öğrencilerin kendilerini hazır hissettiklerinde girecekleri altı sınavla olacaktır (cerrahlık için üç yıl yeterlidir). Son olarak "iyileştirme sanatı ve kamu sağlığı konularında, departmanlarda-

---

[39] P.-C.-F. Daunou, Rapport à l'Assemblee des Cinq-Cents sur l'organisation des ecoles speciales, (25 Floeral V. Yıl), s.26.

[40] *A.g.e.*

[41] Baraillon, *Rapport au Conseil des Anciens*, (6 Germinal VI. Yıl), s.2.

[42] *Rapport de J.-M.* Cales sur les Ecoles speciales de Sante, (12 Prairial V.Yıl), s.11.

ki hekim ve eczacılar arasından atamayla kurulacak bir sağlık jürisine "danışılacaktır".[43] Cales projesi ilke olarak, kamu sağlığıyla ilgilenen herkese, daha çok fakülte tarafından verilecek daha rasyonel bir öğretim sistemi bahanesiyle, –standartlaştırılmış bir öğrenim ve sınav sistemi sayesinde–, niteliği artan bir hekimler birliğinin yeniden kurulmasını hedefliyordu.

Cales projesi, Baraillon ve Vites gibi hekimler tarafından desteklenmişti, ama diğer projelerin akıbetinden kurtulamayan bu proje Konvansiyon'un tedbirlerinden memnun olduklarını açıklayan Meclis dışındaki Montpellier Okulu ve Meclis'in içinde III. Yıl ruhuna bağlı kalanlar tarafından şiddetle eleştirilir. Her şey sürüncemede kalmıştır. Kamu Güvenliği Komitesi'nin eski üyesi Côte d'Or Başpapazı, 18 *Fructidor*'da (FDT'nin on ikinci ayı, –*ç.n.*) karşı devrim girişiminin boşa çıkarılmasından yararlanarak Millî Eğitim Komisyonu'nun Cales projesini reddetmesini sağlar. Projeyi, kliniğe değersiz bir yerin tahsis edilmesi ve eski fakülte pedagojisine dönüş nedeniyle eleştirmektedir: Fakat "öğrencinin sadece okuması ve dinlemesi yeterli değildir, ayrıca görmesi, dokunması, bütün pratikler konusunda pratik alışkanlıklar kazanması gerekir."[44] Başpapaz bu yolla ikili taktik avantajlar elde eder: Dolayısıyla o, 1792'den beri az çok hekimlik yapanların deneyimini bilimsel düzeyde teyit etmiş, üstüne üstlük mevcut klinik öğretimin pahalı oluşuna özellikle dikkat çekerek, okulların sayılarını çoğaltarak niteliğinden ödün vermektense, sadece Paris'teki okulla yetinmeyi tavsiye etmiştir. Bu durum basitçe, Fourcroy projesinin ilk biçimine tamamen geri dönmek anlamına gelmektedir.

Fakat aynı anda Pastoret, kralcı komplonun liderleri arasındaki yerinin anlaşıldığı ve sürgüne gönderilmesine neden olan ayaklanmadan tam bir gün önce tıp pratiğiyle ilgili bir yasayı Beş Yüzler Meclisi'nden geçirtmeyi başarmıştı. Bu yasaya göre, üç

---

[43] *A.g.e.*, madde 43-46.

[44] *Motion d'ordre de C.A. Prieur relative au projet sur les Ecoles de Sante* (12 Brumaire V. Yıl tarihli Beş Yüzler oturumu), s.4.

sağlık okulunun her biri için, tıp mesleğini kendi başına icra etmek isteyen herkese nezaret etmekle görevlendirilen iki hekim, iki cerrah ve bir eczacıdan oluşan bir jüri kurulacaktı; dahası, "iyileştirme sanatını eski yasa hükümlerinin biçimlerine göre kanunen geçerliliği olmadan ve şu ânda icra eden herkes, kendi durumunu üç ay içinde bildirmekle yükümlüdür."[45] Böylece geçmiş beş yıl boyunca bütün tıbbî istihdam, yeniden düzenlenir ve istihdam eski okul terbiyesinden geçmiş jüriler tarafından gerçekleştirilir; dolayısıyla hekimler, kendi üyelerini yeniden kontrol etme salahiyetini kazanırlar. Yetki ölçütlerini tanımlayabilen bir birlik olarak yeniden bir araya gelirler.

İlke benimsenir, fakat sağlık okullarının sayısının az olması uygulamanın zorlaşmasına neden olur. Başpapaz, Pastoret yasasının uygulanmasını imkânsız hale getireceğini düşünerek, mevcut okul sayısının daha da azaltılmasını ister. Kararın oylanmasının üzerinden henüz dört ay geçmiştir, ama denetimsiz tıbbın yurttaşlar için yarattığı tehlikeleri yeniden gündeme getirerek yasa koyucuların dikkatini çeken Direktuvar kararı etkisizleştirmiş olur: "Pozitif bir yasa, iyileştirme sanatı mesleklerinden birini hedefleyen kişiyi, uzun bir öğrenime, sert bir jürinin sınavına tâbi tutsun; bilim ve gelenek onurlandırılsın, ama yeteneksizliğin ve dikkatsizliğin önüne geçilsin; kamu cezaları açgözlülük konusunda caydırıcı olsun ve cinayete benzeyen suçları önlesin."[46] Vitet, 17 *Ventôse* (FDT'nin altıncı ayı, *–ç.n.*) VI. Yıl'da, Cales projesini Beş Yüzler Meclisi'nin önünde ana çizgileriyle yeniden değerlendirir: Beş tıp okulu; her departmanda salgınlarla ve "kent sakinlerinin sağlığını koruma yöntemleriyle ilgilenen ve öğretmen seçimine katılan bir sağlık konseyi; belirli tarihlerde yapılacak dört sınav." Tek gerçek yenilik, eklenmiş olan bir klinik sınavıdır. "Hekim adayı hasta yatağının başucunda, hastalık türünün niteliğini ve nasıl tedavi edileceğini anlatacaktır." Böyle-

---

[45] *Rapport fait par Pastoret sur un mode provisioire d'examen pour les officiers de Sante* (16 Thermidor V.Yıl), s.5.

[46] Direktuvar'ın Beş Yüzler Meclisi'ne bildirisi (24 Nivôse VI. Yıl).

ce ilk olarak, teorik bilgi ve sadece deneye ve muhtemel alışkanlığa bağlı olan pratik ölçütler, tek bir kurumsal çerçevede bir araya gelmiş olur. Vitet'in projesi, 1792'den beri süregelen bu "özgür" tıp pratiğinin resmî tıpla bütünleşmesine ya da resmî tıp içinde aşamalı olarak asimile edilmesine izin vermez; ama normal öğrenim çerçevesinde hastanelerde edinilen pratiğin değerini teorik olarak kabul eder. Kabul edilen "özgür" tıp değil, tıptaki deneyimin değeridir.

Cales planı V. Yıl'da çok sert bulunmuş, ama Cales ve Baraillon tarafından yeri geldikçe desteklenen Vitet planı da aynı ölçüde itiraza neden olmuştur. Sakladığı sorun çözülmedikçe, tıp öğretimi reformunun, tıp pratiği probleminin adı konulup üstündeki örtü kaldırılmadıkça bütünüyle çözülmesi mümkün olamayacaktır. Baraillon, Cales'in projesinin reddedilmesinin ardından Beş Yüzler Meclisi'ne projedeki zımni anlamını gösteren bir karar önerir: Hem yeni okullardan hem de eski fakülteler tarafından verilen unvanları olmayanlar, iyileştirme sanatı pratiğinde yer alamazlar.[47] Porcher de Yaşlılar Meclisi'nde aynı tezi savunur.[48] Meselenin, içerisine düştüğü politik ve kavramsal kördüğüm tam da buradadır. Bütün tartışmalar en azından, gerçek sorunun ifşa edilmesine yol açar: Sağlık okullarının sayısı ya da programı değil ama tıp mesleğinin anlayışı ve mesleği tanımlayan deneyimin imtiyazlı karakteri.

3. Cabanis'in müdahalesi ve XI. Yıl'daki yeni organizasyon

Cabanis, tıbbın idare edilmesi konulu raporunu, kronolojik sırayla Baraillon'un projesi ve Yaşlılar Meclisi'ndeki *Vendemiaire* (FDT'nin ilk ayı, *–ç.n.*) tartışması arasındaki 4 *Messidor* VI. Yıl'da teslim eder. Aslında bu metin, zaten başka bir çağa aittir; politik ve toplumsal yeniden yapılanmada, ideolojinin etkin ve

---

[47] Baraillon, *Rapport à l'Assemblee des Cinq-Cents sur la partie de la police qui tient à la medecine* (6 Germinal VI. Yıl).

[48] Porcher, *Opinion sur le mode provisioire d'examen pour les officiers de Sante* (Yaşlılar Meclisi, 16 Vendemiaire VI. Yıl).

kısmen belirleyici bir yeri işgâl edeceği bir döneme işaret etmektedir. Dolayısıyla Cabanis'in tıbbın sevk ve idare edilmesi konulu metni, anlayış olarak çağdaşları arasında devam eden polemiklerden ziyade Konsüllüğün reformlarına yakındır. Metin, pratik çözüm koşullarını tanımlama gayretindedir, ama özellikle, tıp mesleği teorisine dair genel çizgileri sağlamlaştırmaya çalışır.

Cabanis, pratik düzeydeki iki âcil sorunla ilgilenmektedir: Sağlık görevlileri sorunu ve sınav sorunu.

Üst düzeydeki deneyimli görevlilerin durumu güçlük arz etmemektedir, yeni bir formalite gerekmeden bunların meslekî pratiklerine izin verilebilir. Ama diğerleri kendi durumlarını ilgilendiren bir sınava tâbi tutulmalıdırlar. Sınav, "sanatın temel bilgileriyle, özellikle de pratikteki bilgilerle" sınırlı olacaktır. Bununla birlikte alışılmış tıp öğrenimi, bir yazılı sınav, bir sözlü sınav ve ayrıca "anatomi, cerrahî tıp ve hem klinik içi hem de klinik dışı tıbbî çalışmalar" ile kontrolden geçirilmedir. Yeterlik ölçütleri bir kez belirlendikten sonra, yurttaşların hayatının korkmadan emanet edilebileceği hekimler seçilebilecek, tıp böylece kapalı bir mesleğe dönüşecektir. "Tıbbı, okullardaki sınavlardan ya da özel jürilerden geçmeden icra edenler, para cezasına ve suçun tekrarlanması durumunda da hapis cezasına çarptırılacaktır."[49]

Metnin esası, tıp mesleğinin doğasından kaynaklanan endişelerle ilgilidir. Sorun, Eski Rejim'in korporatif yapılarından birine yönelmeden ve Konvansiyon dönemini hatırlatacak resmî denetim biçimlerini tekrarlamadan, tıp mesleğine sadece kendisine ait olan kapalı bir alanın tahsis edilmesidir.

Sanayi terimini geniş anlamında ele alan Cabanis, nesneleri iki kategoriye ayırır. Bir bazı nesnelerin, faydasına tüketicilerin kendisi karar verir, bu nesnelerin niteliksel değerinin belirlenmesi için kamusal bilinç yeterlidir. Kamuoyunun belirlediği bu değer, nesneye dışsaldır ve bir konsensüsle belirlenir, dolayısıyla, ne gizi, ne yanlışı, ne de muhtemel kandırmacası söz konusudur.

---

[49] Cabanis, *Rapport du Conseil des Cinq-Cents sur un mode provisioire de police medicale* (4 Messidor VI. Yıl), s.12–18.

Bir nesneye, alınmış bir karar aracılığıyla değer biçme fikri, o nesneye dışarıdan hakikat yüklemekten daha fazla anlamlı değildir; gerçek değer sadece özgür değerin kendisi olabilir: "İyi düzenlenmiş bir sosyal devlette, sanayi özgürlüğünün önüne herhangi bir set çekilmemelidir; bütün ve sınırsız olmalıdır ve sanayinin gelişimi, sadece halk için de faydalı olabiliyorsa, sanayici için yararlı hâle gelebilir. Bundan çıkan sonuç, burada genel çıkarla özel çıkarın tam anlamıyla birbirini takip ediyor oluşudur."

Fakat nesneleri ve nesnelerinin değeri, kolektif bir karara bağlı olmayan sanayiler de vardır: Dolayısıyla, ya bunlar diğerlerinin piyasa değerini belirlemeye yarayan nesnelerdir (örneğin değerli madenler gibi), ya da yapılacak her hatanın ölümcül olduğu insan bireyler söz konusudur. O halde, bir sanayi nesnesinin değeri, kendisinin bir piyasa ölçütü olması, ya da kendi varlığıyla konsensüsün bir uzvunu ilgilendirmesi şartında, konsensüsle belirlenemez. Her iki durumda da, sanayi nesnesinin doğrudan görünür olmayan hataya ve sahtekârlığa açık olan bir gerçek değeri vardır; sonuçta değerlendirmeyi bunları göz önüne alarak yapmak gerekir. Peki, yeterli olan kamuya bizzat kendisi yeterlik içeren bir ölçü aracı nasıl verilebilir? Bu durumda devlete, üretilen her bir nesneyi değil (çünkü bu ekonomik özgürlük ilkelerine aykırı olur), kamuya, üreticinin kendisini denetim görevi yüklenmelidir: Devlet üreticilerin kapasitesini, ahlâkî değerini ve zaman zaman da, "ürettiği nesnelerin reel değeri ve niteliklerini" denetlemelidir.

Bu nedenle hekimlerin de, kuyumcular gibi, kısaca zenginlik üretmeyen fakat zenginliği oluşturan ya da ölçen ürünleri işleyen ikincil sanayilerdeki çalışanların denetlendiği gibi denetlenmesi gerekmektedir: "İşte bu nedenle, özellikle hekim, cerrah ve eczacılar, bilgileri, kapasiteleri, ahlâkî alışkanlıkları konularında eşit bir şekilde çok iyi araştırılmalıdır... Bu, sanayinin engellenmesi değildir, bireysel özgürlüğün ihlal edilmesi hiç değildir."[50]

Aslında Cabanis'in kabul edilmeyen önerisi, tıbba, XX. yüz-

[50] *A.g.e.*, s.6-7.

yıla kadar saklanıp muhafaza edilen liberal statüsünü atfedecek çözümü göstermektedir. Tıp pratiği hakkındaki 19 *Ventôse* XI. Yıl yasası, Cabanis'in ve daha genel biçimde de ideologların temalarını hatırlatır. Şöyle ki, tıp birliğinde iki kademeli bir hiyerarşi öngörür: Altı okuldan birine kabul edilen nitelikli tıp doktorları ve cerrahlarla Cabanis'in geçici olarak yeniden göreve almasıyla kesin biçimde kurumsallaşacak sağlık görevlileri. Doktorlar dört sınavın ardından (anatomi ve fizyoloji; patoloji ve nozografi; tıbbî malzemeler; hijyen ve adlî tıp), hekimlik ya da cerrahlık tercihlerine göre, klinik içi ya da klinik dışı bir sınava daha katılacaklardır. "En alışılmış bakımlarla" ilgilenecek sağlık görevlileri ise, okullarda sadece üç yıl okuyacaklardır; bu süre zorunlu da değildir; sivil ve askerî hastanelerde beş yıl ya da bir doktorun öğrencisi ve özel yardımcısı olarak altı yıl çalıştıklarını kanıtlamaları yeterli kabul edilecektir. Bir idarî bölge jürisi tarafından araştırılacaklardır. Tıp mesleği pratiğini bu iki kategori dışında icra edenler hakkında, para cezasından hapis cezasına kadar çeşitli cezalar uygulanacaktır.

VI. Yıl'dan XI. Yıl'a dek süren tüm bu önlem, proje ve düşünce hareketi, kesin anlamlar taşır.

1. Tıp mesleğinin kapalı niteliği tanımlanırken, hem eski korporatif modelde ve hem de tıbbî eylemler üzerinde kendi denetimlerini yapmak isteyen ekonomik liberalizm karşıtlığının savuşturulmasında başarılı olunmuştur. Seçim ilkesi ve denetimi, yeterlilik kavramı üzerine temellenmiştir, kısaca, tam da hekimi şahsî olarak karakterize eden olasılıklar seti üzerine: Bilgi, deneyim ve de Cabanis'in bahsettiği o "genel kabul görmüş dürüstlük."[51] Tıbbî eylemin değeri, tam da kıymeti uygulayan kişinin kıymetiyle eşittir; gerçek değeri, üreticinin toplumsal kabul görmüş olan fonksiyonel niteliğine bağlıdır. Böylece, açıkça Adam Smith'ten esinlenen bir ekonomik liberalizmde, hem liberal ve kapalıdır hem de bir meslek olarak tanımlanır.

[51] Cabanis, *a.g.e.*

2. Tabiî bu kanunî yeterlikler dünyasına, her nasılsa bir düzey farklılığı dâhil edilmiştir: Bir tarafta "doktorlar", öteki tarafta "sağlık görevlileri" vardır. Hekimler ve cerrahlar arasında, içsel ve dışsal arasında, bilinen ve görülen arasındaki eski fark bu yeni ayrım sayesinde ikincil hale getirilmiştir. Artık mesele, nesnenin ortaya çıkış biçimindeki ya da nesnedeki bir fark değil, fakat bilen öznenin deneyimindeki düzey farkı meselesidir. Hekimler ve cerrahlar arasında zaten kurumlardan yansıyan bir hiyerarşi vardı; ama bu, onların nesnel faaliyet alanlarındaki başlangıç farkından türüyordu; ama şimdi bu faaliyetin niteliksel göstergelerini yerinden edecek bir tarafa yönelmektedir.

3. Bu ayrımın nesnel bir karşılığı vardı: Sağlık görevlileri, "çalışan etkin nüfus"un tedavisinden sorumlu olacaktır.[52] XVIII. yüzyılda, emekçi sınıfların, özellikle de daha basit, daha manevî ve daha sağlıklı bir hayat süren köylülerin, cerraha ihtiyaç duyulan dış hastalıklara daha fazla maruz kaldıkları kabul edilir. Bu durum, XI. Yıl'dan itibaren toplumsal ayrıma dönüşmüştür: "Sıradan kazalar" ve "basit rahatsızlıklar" geçirenlerin tedavisinde "teorik olarak bilgili ve derin" olmaya ihtiyaç duyulmaz; sağlık görevlisi bu gibi durumlarda kendi deneyimiyle yeterli olacaktır. "Hem nesnelerin doğası hem de uygarlaşmış toplum düzeni gösterir ki, insanlık tarihi gibi sanat tarihinin de bu mutlak ayrıma ihtiyacı vardır."[53] Nitelikler piramidi, ekonomik liberalizmin ideal düzenine uygun olarak toplumsal katmanların çakışmasına karşılık gelir.

4. İyileştirme sanatı pratisyenleri arasındaki ayrım neye göre temellenmektedir? Bir sağlık görevlisi eğitiminin en önemli kısmı, sayısı altıya kadar çıkabilen *pratik* yıllarıydı; doktor ise aldığı teorik öğrenimi *klinik* bir deneyimle tamamlıyordu. XI. Yıl'daki kanundaki en yenileştirmeci faktör, kuşkusuz klinikle pratik ara-

---

[52] Akt. J.-C.-F. CARON, *Reflexions sur l'exercice de la medecine* (Paris, XII. Yıl).

[53] Fourcroy, *Discours pronoce au corp legislatif le 19 ventôse an XI*, s. 3.

sındaki bu farktır. Pratik, sağlık görevlisi nezdindeki bir *denetimli ampirizmi* gerektirir: Gördükten sonra yapmayı öğrenmek; deneyim kavramı, algı, bellek ve yineleme düzeyinde, kısaca örnek düzeyinde bütünleşmiştir. Klinikte ise, deneyimin bütünleşmesi çok daha karmaşık ve mâhirane bir yapının ortaya çıkışı meselesidir; kullanımları zaman içinde mümkün olsa bile, bütün bağımsız örneklerin ve hakikatin öğretmeni olarak varoluşların bakışı, aynı zamanda bilgiyi de içeren bakış. Pratik sağlık görevlilerine *açılacak*, ama klinik öğrenimi hekimlere *ayrılacaktır.*

Kliniğin bu yeni tanımı, hastane alanının yeniden düzenlenmesine bağlıdır.

İlk olarak, hem *Termidor* hem de Direktuvar, yasamanın liberal ilkelerine geri döner; Delecloy, 11 *Termidor* III. Yıl'da, hastane mülklerinin ulusallaştırılması kararında, yardımların "kamusal merhametin himayesine ve varlıklı insanların koruyuculuğuna" bırakılmak yerine, sadece devlet sırtına yüklenmesini sert biçimde karşılamıştır.[54] Hükümet IV. Yıl'ın *Pluviôse*'sinden (FDT'nin beşinci ayı, *–ç.n.*) *Germinal*'i arasında, yerel yönetimlere, Devrim'in hemen öncesinde ya da hemen başlangıç günlerinde, hastaneye yatırılma esaslarına karşı yükselen ahlâkî ve ekonomik itirazları konu alan (hastalığın hastanede tedavisinin pahalıya mal olması, orada tembelleşmeye neden olan alışkanlıklar, babadan ya da anneden yoksun bir ailenin düşeceği malî sıkıntı ve manevî sefâlet) bir dizi genelge gönderir; evlere yapılan yardımların yaygınlaşmasını ister.[55] Ama bunun evrensel geçerliliğine inanmanın ya da ne yurdu ne hastanesi olan bir toplum düşlemenin zamanı değildir: Sefâlet alabildiğine yayılmıştır. II. Yıl'da Paris'teki yoksul insanların sayısı 60.000'den çoktur,[56] tabiî mevcut sayı giderek artmaktadır. Halk hareketlerinden çok korkulmakta, dağıtılan yardımların ve bütün yardım sisteminin, siyasî bir kulla-

---

[54] Akt. Imbert, *Le droit hospitalier sous la Revolution et l'Empire*, s. 93, no 94.

[55] *A.g.e.*, s. 104, no 3.

[56] Bkz. Saboul, *Les Sans-Culottes parisiens en l'an II* (Paris, 1958).

nımla mevcut sorunlara dayandırılma ihtimalinden kaygı duyulmaktadır. Hem hastanelerin ve tıbbın imtiyazlarının muhafaza edilmesini sağlayan, hem de yoksulluğun zenginlik tarafından korunması ve zenginlerin de yoksullara karşı savunulması olarak –belirsiz anlamı örtükse de bir şekilde anlaşılabilen– liberalizmin ilkeleri ile toplumsal korumanın ihtiyaçlarıyla uyumlu bir yapı bulunmak zorundadır.

Termidor Konvansiyonu'nun son tedbirlerinden biri de, 2 *Brumaire* IV. Yıl'da, hastane mülklerinin ulusallaştırılmasını askıya almak olmuştur. 23 Messidor II. Yıl yasası, Delecloy'un 12 *Vendemiaire* IV. Yıl tarihli yeni raporunun hükümleri gereğince kesinlikle ilga edilir: Ulusal mülkler satılan hastane mülklerinin yerini alacak, hükümet böylece her tür yükümlülükten kurtulacaktır. Hastaneler sivil karakterini geri kazanır; örgütlenmeleri ve yönetimleri, 5 üyeli yönetici komisyonunu tayin etme hakkına sahip olan belediye yönetimlerine devredilir. Hastanelerin bu biçimde belediyelere ait kurumlar haline getirilmesi, devleti yardım görevi konusunda serbestleştirir ve bu görevi kendini yoksulları destekleme yükümlülüğüyle tanımlayan oldukça küçük-ölçekli kolektiflere bırakır: Her komün, hem kendi yoksulluğundan hem de yoksulluktan korunma yollarından sorumludur. Yoksullar ve zenginler arasındaki borç ve tazminat sistemi, artık devletin nüfuz ettiği yasayla değil, belediyeler nezdinde, daha çok özgür rızaya uygun bir düzenlemeyle, zaman içinde askıya alınabilir ve mekâna göre değişebilir olan bir çeşit anlaşma aracılığıyla belirlenir.

Aynı dönemlerde, yoksulların tedavi edildiği hastaneyle hekimlerin yetiştiği klinik arasında da, benzer biçimde, ama sessizce, daha saklı tutulan ve daha tuhaf bir anlaşmaya varılır. Devrim'in son yıllarında bile, hemen önceki dönemde dile getirilenler zaman zaman bire bir tekrarlanır. Klinik fikirleri takip ederek yükselen en önemli ahlâk sorunu şudur: Yoksulluğun yarattığı mecburiyet nedeniyle hastaneden yardım bekleyen bir hasta, hangi hakla bir klinik gözlem nesnesine dönüştürülebilir? O, –özelikle kendisi için tasarlanabildiği kadarıyla– mutlak öznenin bizzat kendisi olduğu bir yardım talep ederken; şimdi başkaları-

nı iyileştirmenin bilgisine katkı sağlayacak yorumlara aracılık eden varlık kabul edilmesi nedeniyle, göreli bir nesne olarak, göreli nesnesi olduğu bir bakış için talep edilir olmuştur. Buna ek olarak, klinik gözlemlediği süre boyunca aynı zamanda araştırmalarına da devam etmektedir; ve [*o*] belli miktarda risk içeren bu yeni araştırmada korunmasızdır: Aikin, özel muayenehanesinde çalışan bir hekimin itibarını korumak zorunda olduğuna işaret eder,[57] bu yüzden onun izlediği yol en kesin olmasa bile en güvenli yol olmak durumundadır; "hastanedeki hekimin ayağında böyle bir bukağı yoktur ve dehası yeni bir yolla faydalı olabilir". Böylece, hastane yardımının özü, takip eden aşağıdaki ilke haline dönüşmüş olmuyor mu?: "Hastanedeki hastalar çeşitli nedenlerden dolayı, deneysel bir ders için en elverişli öznelerdir"[58]

Tabiî ki, bilginin çıkarlarıyla hastanın çıkarları arasında belli bir denge tutturulmalıdır; toplumun yoksula borçlu olduğu haklar ya da hastanın doğal hakları ihlal edilmemelidir. Hastane alanı muğlak bir alandır: Teorik olarak özgürdür ve hekimi hastaya bağlayan ilişkinin sözleşmeye dayanmayan karakteri nedeniyle deney [*yapma*] süreçlerindeki duygusuzluğa açıktır; genel olarak insan, kendisini o evrensel formundaki sefâlete bağlayan dile getirilmemiş –ama hemen– sözleşme çerçevesindeki ahlâkî sınır ve mecburiyetlerle donatılmıştır. Şâyet hekim hastanede insan özneye olan bütün yükümlülüklerinden muaf deneyler yapamıyorsa, bunun nedeni, kapalı bir sistemdeki sınırsız pratiğinin aksine, hastaneye adım attığı ândan başlayarak kendisini kuşatan kararlı ahlâkî deneydir. "Hekim, o çözüm bekleyen temennileri, o canyakıcı acımayı, o etkin dert paylaşmayı, o şiddetli rahatlatma ve teselli arzusunu, mahremiyetin başarıdan kaynaklanan sırdaşlığındaki mutlulukla genişleyen görme yeteneğini, sadece sefâlet ve hastalığın cansızlaştırdığı bu barınaklara girerek anlayacaktır. İnsaniyeti, inançlı ve merhametli olmayı, öğreneceği yer orasıdır."[59]

---

[57] J. Aikin, *Observations sur les hopitaux* (Fr. çeviri, Paris, 1777), s.104.

[58] *A.g.e.*, s.103.

Ama gösterilmek değil yatıştırılmak isteyen ıstıraplı bir bedene öğrenmek için bakmak, bu bedeni öğretmek amacıyla göstermek, o beden sustukça daha da hor kullanılan sessiz bir şiddet değil midir? Acı bir gösteri olabilir mi? Olabilir, dahası yoksul bir insanın asla tek başına olamadığı gerçeğine dayanan mâhirane bir doğruluk hakkına göre, olmalıdır da. Hastalık sadece, başkalarının bilgileri, kaynakları, merhametleri aracılığıyla tedavi bulabiliyorsa ve bir hasta sadece toplum içinde tedavi edilebiliyorsa, o halde birilerinin hastalığının, diğerleri için deneye dönüşmesi ve acıya kendini gösterme imkânı sağlanması hakçadır: "Acı çeken yurttaş, yurttaş olmayı sürdürür... Hastalıkların tarihi, ıstırapların kaydı, onları tehdit eden kötülüklerin ne olduğunu öğretmesi nedeniyle zorunludur". Kendisini bir öğretme sürecinin nesnesi olarak sunmayı reddeden hasta "nankördür, çünkü gönül borcunun bedelini ödemeden, toplumsallığın sonucu olan avantajlardan faydalanmaktadır."[60] Ve zengin nezdinde, bir değiş tokuş yapısına uygun olarak hastaneye yatırılan yoksullara yardımın işe yararlığı ortaya çıkar: Onların tedavi masraflarını öderken, bir gün kendisinin de yakalanabileceği hastalıkların daha iyi bilinmesi için de ödeme yapmış olacaktır. Yoksulun gözünde hayırseverlik olarak kabul edilen davranış, zengin için uygulanabilir bir bilgi halini alır: "Hayırseverin bağışları yoksulun hastalıklarını hafifletecek ve bunun sonucunda da zenginin korunmasına yarayan bilgiye ulaşılacaktır. Evet, zengin hayırseverler, cömert insanlar; sizin sağladığınız bu yatakta yatırılan hasta şimdi, sizin de yakalanmakta gecikmeyeceğiniz hastalığın deneyimi ile başbaşa. Ya iyileşecek ya ölecek. Ama kaderi her iki durumda da, hekiminizi aydınlatıp sizin hayatınızı kurtarabilir."[61]

Demek ki, klinik deneyimin örgütlenmesine dâhil olan zengin

---

[59] Menuret, *Essai sur les moyens de former de bons medecins* (Paris, 1791), s.56–57.

[60] Chambon de Montaux, *Moyen de rendre les hôpitaux plus utiles à la nation* (Paris, 1787), s.171–172.

[61] Du Laurens, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la s*

ile yoksul arasındaki sözleşmenin şartları bunlardı. Ekonomik özgürlük rejimindeki hastane, zenginlerin ilgisini çekmenin yolunu keşfetmişti; klinik oluşumlar, sözleşmenin öbür yüzündeki kademeli bozulmadır; zenginin hastaneye yatırmaya rıza gösterdiği sermayenin yoksul tarafından ödenen *faizi*dir; bu bilimin *nesnel çıkarlarının* ve zenginin *hayatî çıkarlarının* bedelidir, dolayısıyla da yüksek oranlı bir faiz olarak anlaşılmalıdır. Hastane, kendisine dindirilmek için gelen ıstırabın gösteriye dönüştüğü andan başlayarak, özel teşebbüs için kârlı bir hal almaktadır. Klinik bakış sayesinde yardımseverlik, en sonunda bedeli ödenen bir faaliyet olur.

Devrim öncesinin zihniyeti için gayet karakteristik olan ve Devrimden önce sık sık tekrarlanan bu temalar Direktuvar'ın liberalizminde yeni bir anlam edinerek dolaysız pratiğini bulur. VII. Yıl'da Demangeon, Kopenhag doğum kliniğinin işleyiş biçimini açıklarken, utanma ya da mahremiyet ile ilgili tüm itirazlara, oraya yalnızca "evli olmayan ya da evli olmadığını söyleyen kadınların kabul edildiği" cevabıyla karşı koyar. "Sanırım hiçbir şey bundan iyi tasarlanamazdı, çünkü bu, edep duygusu en az olanlar muhtemelen kadınlar sınıfıdır."[62] Ahlâken donanımsız ve toplumsal olarak son derece tehlikeli olan bu sınıf, saygıdeğer ailelerin işine yarayabilecektir; ahlâk kendi ödülünü kendisine itaat etmeyende bulacaktır, çünkü "cömertlik yapamayacak durumdaki kadınlar... en azından iyi hekimler yetiştirilmesine katkıda bulunur ve velinimetlerine borçlarını faiziyle öderler."[63]

---

medecine (Paris, 1787), s.12.

[62] J.-B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple etablissement réuni en un seul hospice à Copenhague* (Paris, VII. Yıl), s.34–35.

[63] *A.g.e.*, s.35-36.

6
belirtiler ve vakalar

Klinik nüfuz alanının, her türlü ölçünün dışındaki kapsamını işte burada buluyoruz: "Bir hastalığın nedenini ve ilkesini semptomlar kargaşasının ve anlaşılmazlığının arasından bulup çıkarmak; doğasını, biçimlerini, komplikasyonlarını anlamak; tüm karakteristiklerini ve tüm farklılıklarını ilk bakışta ayırt etmek; hızlı ve hassas bir tahlille ona yabancı olmayan her şeyi ayırmak; süreçte meydana gelebilecek faydalı ve zararlı olayları öngörebilmek; doğasının bir çözüm imkânı verdiği uygun anları kullanmak; hayatî güçleri ve organların faaliyetini hesaplamak; gerektiğinde enerjisini çoğaltmak ya da eksiltmek; müdahalenin uygun zamanını ve gerekirse uygun bekleme süresini belirlemek; avantajlı ve [hastaya] sıkıntı verebilecek birbirinden farklı tedavi yöntemleri arasından kendine güveni olan bir karar vermek; etkileri en kesin, en kabul edilebilir olan ve sonucu en hızlı biçimde görülen yöntemi seçmek; deneyden faydalanmak; uygun zamanları kaçırmamak; fırsatları ve riskleri hesaplamak; hastaların ve marazlarının öğretmeni olmak; ıstıraplarını hafifletmek; kaygılarını yatıştırmak; ihtiyaçlarını tahmin etmek; akıllarına esenlere tahammül göstermek; karakterlerini anlamak ve kölelerine hükmeden mer-

hametsiz bir zorba olarak değil, fakat çocuklarının kaderiyle yakından ilgilenen sevecen bir baba gibi iradelerine hâkim olmak."[1]

Dinsel bir törenin uygulanışına benzeyen, bu sonu gelmez metnin anlamı, kendisiyle paradoksal olarak çakışan bir başka metinle karşılaştırıldığında açığa çıkar: "Bilim, mümkün olabildiği kadar gözle görülebilir hale getirilmelidir."[2] Karanlıkların yavaşça aydınlatılmasından, temel şartın sürekli ihtiyatla okunmasından, zamanın ve risklerin hesaplanmasından tutun, yüreğin üstünlüğüne ve görkemli baba otoritesinin zapt ediciliğine kadar bütün güçler, bakışın hâkimiyetinin kendini yavaş yavaş yerleştirdiği biçimlerdir: Bilen ve karar veren göz, idare eden göz.

Muhtemelen klinik, bakışın kararları ve uygulamalarına dayalı bir bilimsel düzene yönelik ilk girişimdir. XVII. yüzyılın ikinci yarısından itibaren doğa tarihi, doğa varlıklarının görünür karakterlerine göre sınıflandırılmasına ve tahliline girişmişti. Antik Çağ ve Orta Çağ'ın biriktirdiği –ve bitkilerin özel etkilerinin, hayvanların güçlerinin, bilinmeyen uyumlar ve organların birbirine etkisini içeren– bütün bu bilgi "hazinesi", Ray'dan beri, natüralistler nezdindeki sınırlı bilgi haline gelmişti. Geriye "yapıları", yani biçimleri, uzamsal düzenlemeleri, unsurların sayısını ve ölçüsünü öğrenmek kalmıştı. Doğa tarihi, bir taraftan canlı varlıkların yakınlık ve benzerliklerini (yani yaradılışın birliğini) belirlemek, diğer yandan herhangi bir bireyi (yani onun yaradılış içindeki özel yerini) çabucak tanımak için, bunları ortaya çıkarmayı, söze dönüştürmeyi, korumayı, eşleştirmeyi ve düzenlemeyi kendine görev edinmişti.

Klinik nüfuz alanı, doğa tarihine olduğu gibi bakışa karşı da talepkârdır. Ve bir ölçüye kadar aynı şeyi talep eder: Görmek, özellikleri yalıtarak ayrı tutmak, özdeş ve farklı olanları tanımak,

---

[1] C.-L. Dumas, *Eloge de Henri Fouquet*, (Montpellier, 1807), akt., A.Girbal, *Essai sur l'esprit de la clinique medicale de Montpellier*, (Montpellier, 1858), s.18.

[2] M.-A. Petit, *Discours sur la maniere d'exercer la bienfaisance dans les hôpitaux*, (3 Kasım 1797), *Essai sur la medecine du cœur*, s.103.

onları yeniden gruplandırmak, türlerine ya da soylarına göre sınıflandırmak. Tıbbın XVIII. yüzyılda kısmen maruz kaldığı naturalist model etkinliğini devam ettirir. Boissier de Sauvages'in eski ideali, yani hastalıkların Linnaeus'u olmak, XIX. yüzyılda da büsbütün unutulmamıştı: Hekimler uzun bir zaman boyunca, patolojik alanının incelenmesine devam edeceklerdir. Fakat tıbbî bakış, aynı zamanda yeni bir yolla da örgütlenir. Öncelikli olan sadece herhangi bir gözlemcinin bakışı değil, bir kurumun desteklediği ve haklı olduğu anlaşılan bir hekimin, dolayısıyla karar ve müdahale gücü olan bir hekimin bakışıdır. Tabiî bu, yapının dar sistemiyle (biçim, düzenleme, sayı, ölçü) sınırlandırılmayan, fakat normalden sapan renkleri, değişimleri, normal hal veya şeklin dışındaki en küçük farkları kavrayabilen ve yenilikçi bir bakıştır. Nihayet, kendiliğinden apaçık olanın içeriğini gözlemlemekle yetinmeyen bir bakıştır; fırsatların ve risklerin belirlenmesine imkân hazırlar; hesapçıdır.

Tabiî, olup biteni, XVIII. yüzyıl sonundaki klinik tıbbın yanlış bilgisinin uzun süre sorumluluğu altında kalan bir bakışın saflığına önemsiz bir geri dönüş olarak değerlendirmek yanlış olacaktır. Hatta mesele bu bakışın yer değiştirmesi ya da kapsamına daha iyi uygulanması meselesi de değildir. Yeni nesneler, bilen öznenin kendisini yeniden düzenlemesi, değiştirmesi ve fonksiyonlarını yeni bir yolla yerine getirmeye başlaması anlamında kendilerini aynı zamanda tıbbî bakışa sunacaktır. Dolayısıyla sözü edilen, ilk olarak hastalık kavramının ardından da hastalığın tanınma yolunun değişmesi değildir; ne de önce teşhis sistemi ardından da teori değişmiştir; fakat mesele, hastalık ile hastalığın kendisini sunduğu ve aynı zamanda oluşturduğu bu bakış arasındaki ilişkinin durmadan ve daha derin bir düzeyde değişmesidir. Bu düzeyde, teoriyle deney arasında ya da yöntemlerle sonuçlar arasında yapılması gereken bir ayrım yoktur; alanın ve bakışın birbirine *bilgi kurallarıyla* bağlı olduğu görünürlüğün derin yapılarını okumak gerekir; bunları bu bölümde iki büyük başlık altında inceleyeceğiz: Belirtinin dilbilimsel ve vakanın tesadüfî yapısı.

XVIII. yüzyıl tıp geleneğinde hastalık, kendisini *semptomlar* ve *belirtiler* aracılığıyla gözlemciye sunar. Bunlar diğerlerinden hem semantik değerleriyle hem de morfolojileriyle ayrılır. Semptom – dolayısıyla benzersiz ayrıcalıklı konumu– hastalığın kendini dışa vurduğu biçimdir. Tüm görünür olanlar arasında öze, hastalığın ulaşılamaz doğasına en yakın olan odur; ilk surettir. Öksürük, ateş, yan taraflarda ağrı ve soluk alma güçlüğü akciğer zarı iltihabının kendisi değildir – hastalığın kendisi, kendisini asla duyulara açmaz, ancak "kendisini sadece muhakeme aracılığıyla gösterir" – fakat bunlar (sağlığın tam aksine) bir patolojik durumun, (örneğin zatürreden farklı) hastalıklı bir özün ve dolaysız bir nedenin (serozite boşalması) belirlenmesine imkân hazırladıkları için akciğer zarı iltihabının "temel semptomları"nı oluşturur.[3] Semptomlar, hastalığı – az çok gerideki, görünen ve görünmeyen – daimi yüzü *ile göstermeyi* mümkün kılar.

Belirti haber verir: Hastalık seyrindeki belirti, ne olacağını; anamneztik [hastanın tıbbî hikâyesiyle ilgili] belirti, ne olmuş olduğunu; teşhisle ilgili belirti, şimdi cereyan etmekte olanı. Belirtiyle hastalık arasında, önemini belirtmeksizin aşamayacağı bir mesafe vardır, çünkü belirti beklenmedik ve dolaylı yollardan genellikle anlaşılmadan ortaya çıkar. Bilgiye fırsat vermez; olsa olsa bundan yola çıkarak keşif yapılabilir: Saklı olanın derinliklerine doğru el yordamıyla ilerleyen bir keşif. Nabız, dolaşımın görünmez gücünü ve ritmini açığa vurur; belirti, tırnak morarmasının kesin olarak ölümü haber vermesi ya da bağırsak hastalıklarına bağlı ateşlerde dört günde bir gelen nöbetlerin iyileşmeyi vaat etmesi gibi, süreyi gösterir. Belirti, görünmez olanın arasından, en uzağı, en alttakini, en sonrakini gösterir. Belirtinin işaret ettiği, fenomenlerin saydamlığında semptomların telâfi ettiği, o verili, hareketsiz hakikat, bu hem açık hem de saklı hakikatle değil, sonuç, hayat ya da ölüm ve zamanla ilgilidir.

Böylece XVIII. yüzyıl, bir bilgi toplamının hakikatini kurarak

[3] Bkz. Zimmermann, *Traité de l'expérience*, (Fr. çeviri, Paris, 1774), I. Cilt, s.197-198.

ve bu gövdesel bilginin uygulanmasına imkân sağlayarak, hastalığın, aynı zamanda doğal ve dramatik olan çifte gerçekliğin suretini ortaya çıkarmıştır. Görünmez olana kök salan görünür biçimlerle, Doğa-Hastalık sisteminin ve görünür bir eşleştirme/işaretlemenin anlamı aracılığıyla görünmeze el uzatan Zaman-Sonuç sisteminin dengelendiği mutlu ve dingin yapı.

Bu sistemlerin her ikisi de kendileri için vardır; farkları, tıbbî algının uyarlandığı, fakat tıbbî algının oluşturmadığı doğal bir olgudur.

Klinik yöntemin biçimlenmesi, hekimin bakışının belirtiler ve semptomlar alanında ortaya çıkmasına bağlıdır. Bakışın kurucu haklarını tanıyan postulata göre kapsayıcı olan mutlak ayrım bozulacak, artık gösteren (belirti ve semptom), gizlenmeden ya da geride tortu bırakmadan, hiç bozulmamış olan kendi gerçekliğinde ortaya çıkan gösterilene karşı tamamen şeffaf olacak ve gösterilenin varlığı –hastalığın candamarı–, gösterenin anlaşılır sentaksında bütünüyle tükenecektir.

1. Semptomlar, birbirinden ayrılmaz biçimde; gösteren ve gösterilen bir birincil katman oluşturur.

Artık semptomların ötesinde bir patolojik öz yoktur: Hastalıktaki her şeyin kendisi bir fenomendir; bu bakımdan semptomlar, doğada öncelikli, basit bir rol oynarlar: "Onların toplanma biçimleri hastalık olarak bilinen şeydir."[4] Onlar, tamamen bakışa verili olan hakikatten ibarettir; ilişkileri ve konumları bir özü yansıtmaz, fakat sadece kendi bileşim ilkelerine ve az çok düzenli süreç formlarını içeren doğal bir bütünlüğe işaret eder. "Hastalık bir bütündür, çünkü unsurları belirlenebilir; bir amacı vardır, çünkü sonuçları hesaplanabilir; demek ki hastalık, sirayeti ve bitiş sınırları içinde yer alan bir bütündür."[5] Dolayısıyla semptom, sadece

---

[4] J.-L.-V. Broussonnet, *Tableau elementaire de la semeiolique* (Montpellier, VI. Yıl), s.60.

[5] Audibert-Caille, *Memoire sur l'utilite de l'analogie en medecin*, (Montpellier, 1814), s.42.

bir dış görünüş kuralının fenomeni olarak, egemen gösterge rolünden yoksun kalır; o, doğayla aynı düzeydedir.

Ama yine de bütünüyle değil: Semptom, kendi dolaysızlığında bulunan ve patolojik olanı da belirten 'bir şey' aracılığıyla, yalın ve katışıksız biçimde organik hayata ait olan bir fenomenden ayırt edilir: "Fenomen aracılığıyla, sağlıklı ya da rahatsız bedendeki dikkate değer değişimi anlıyoruz; sağlığa işaret eden fenomenlerle, hastalığa işaret edenlerin bölünmesi bu nedenledir. Sonuncular semptomlarla ya da hastalığın sezilebilir görünümleriyle kolayca karışır."[6] Beden sağlığı biçimlerine karşı bu basit konumlanışıyla hastalığın göstereni haline gelen ve doğal bir fenomen olarak hareketsiz halini terk eden semptom, artık kendi başına bir bütün olarak ele alınan hastalıktır, çünkü hastalık, basitçe semptomların toplanmasıdır. Gösteren fonksiyonuyla semptom, hem fenomenlerin kendi arasındaki ilişkiyi, onların bütünlüğünü ve bir arada var oluş biçimlerini oluşturan faaliyeti, hem de beden sağlığını hastalıktan ayıran mutlak farkı gösterir; dolayısıyla bu durum tuhaf bir anlaşılmazlıktır; buna bağlı olarak bir totoloji vasıtasıyla, semptom olduğu bütünün kendisi ve ortaya çıkışı, olmadığı şeyin de dışlanması anlamına gelir. Birbirinden ayrılamazlığın ifadesi olarak, varoluşu içindeki katıksız fenomen hastalığın biricik doğasıdır ve bir özgül fenomen olarak hastalık onun biricik doğasını meydana getirir. Yani semptom, kendisiyle ilişkilenen bir gösteren olduğunda, iki kez gösterilmiş olur: Hem kendini, hem de onu karakterize ederek patolojik olmayan fenomenlerin karşıtı olarak gösteren hastalık tarafından. Ama gösterilen olarak değerlendirildiği zaman (kendisi ya da hastalık tarafından), anlamını ancak daha eski ve kendi alanına ait olmayan bir eylemden alır: Onu bütünleştiren ve yalıtan bir eylem, yani onu şimdiden belirtiye dönüştüren bir eylem.

Semptomun yapısındaki bu karmaşıklık, bütün doğal belirti felsefesinde kalıba dökülmüştür. Klinik düşünce sadece, pratiğin daha kısa ve genellikle kafa karıştırıcı olan söz varlığına, Condil-

[6] J.-L.-V. Broussonnet, *a.g.e.*, s.59.

lac'daki mevcut söylemsel biçimin bir kavramsal düzenleme çerçevesine serbestçe yerleştirilmesidir. Semptom, klinik düşüncenin genel dengesi bağlamında, az ya da çok ama neredeyse bir eylem dili rolünü üstlenir; semptom da doğanın genel hareketine kapılmış gibidir. Semptomun klinik tablodaki zorlaması, dilin o ilk biçimini taşıyan bu verili "içgüdü"ye verili olarak doğal ve ilkeldir.[7] Hastalık, gösterge durumundaki semptomun sadece eylem dilidir, onu içsel hakikatiyle aynı doğadan bir dışsal biçime dönüştüren, canlılığı uzatarak sürdüren de bizzat bu etkidir. Fakat, bu dolaysız dilin, bir başka konumdan kaynaklanan bir eylemli müdahale olmaksızın bir başkasının bakışında anlam kazanması kavramsal olarak imkânsızdır: Condillac'ın, dolaysız hareket yeteneği tasavvuru aracılığıyla iki sözsüz özneye bilinç kazandırarak öncelikle kendisinin faydalandığı,[8] içgüdünün serbest ve eş zamanlı hareketlerine dahil ederek, biricik ve egemen doğasını sakladığı eylem.[9] Condillac, eylem dilini sözün kökenine yerleştirirken, oraya bir de el altından, her türlü somut figürden mahrum ettiği (sentaks, sözcükler ve hatta sesler), konuşan öznenin her eyleminin doğasındaki dilbilimsel yapıyı da sıkıştırmıştır. Böylece dili, dilin eyleminden sökmek mümkün olur, eylemin imkânları zaten eylemin dilinde gömülüdür. Belirtinin linguistik yapıyla açık bağlantısı semptomdur, ki klinikte de, bu dilin eylemle arasındaki ilişkisinin benzeri söz konusudur.

2. Semptomu belirtiye dönüştürmek bilincin egemenliğidir.

Belirtiler ve semptomlar aynıdır ve aynı şeyi söylerler, ama tek farkla, belirtinin *söylediği* aynı şey, *kesinlikle* semptomdur. Semptomun kendisi maddî gerçekteki belirti ile özdeşleşmiştir. Semptom, belirtinin vazgeçilemez morfolojik dayanağıdır. Bu andan itibaren "semptomsuz bir belirti yoktur."[10] Ama belirtiyi

---

[7] Condillac, Essai sur l'origine des connaissances humaines *(Œuvres complètes,* VI. Yıl), I. Cilt, s.262.

[8] Condillac, *a.g.e.*, s.260.

[9] Condillac, *a.g.e.*, s.262-263.

[10] A.-J. Landre-Beauvais, *Semeiotique* (Paris, 1813), s.4.

belirti yapan semptom değil, başka yerden kaynaklanan bir davranışla ilgilidir. Bu nedenle kural olarak, "her semptom belirtidir", ama semptomlar bütününün, belirtinin gerçekliğini içinden asla çıkaramayacağı bir anlamda "her belirti semptom değildir."[11] O halde, semptomu bir gösteren unsura dönüştüren ve hastalığı, açıkça semptomun dolaysız hakikati olarak gösteren bu işlem nasıl gerçekleşir?

Deney alanının bütününü her anıyla görünür kılan ve tüm saydam olmayan yapıları yok eden bir işlemle:

— Organizmaların karşılaştırılmasıyla toplamlaştırılan işlem: Tümör, kızarıklık, ateş, ağrı, hızlı nabız atışları ve gerginlik duygusu, yaygın bağ dokusu iltihabının belirtisi olabilir, çünkü bir elle diğer el, bir bireyle başka bir birey karşılaştırılmıştır.[12]

— Normal fonksiyonu hatırlatan bir işlem: Bir öznedeki soğuk nefes, vücut ısısının kaybolmasına bağlı olarak "hayatî güçlerin radikal zayıflamasının ve yıkım tehdidinin" belirtisidir.[13]

— Eş zamanlılığın ya da tekrarlanma sıklığını kaydeden işlem: "Şiş bir dil, alt dudağın titremesi ve kusma eğilimi arasında ne tür bir ilişki vardır? Bilinmiyor. Ama gözlem sık sık, bu duruma ilk iki fenomenin eşlik ettiğini ortaya koyar ve bu durum, ileride belirti hali için yeterlidir".[14]

— Son olarak, ilk görünümlerin ötesinde; bedeni, görünmez bir görünür otopside keşfeden ve dikkatle inceleyen bir işlem: Böylece kadavraların incelenmesi, balgam çıkarmayla görülen akut zatürreede, aniden kesilen ağrının ve yavaş yavaş hissedilmez olan nabız atışlarının, akciğerdeki "hepatizasyon (dokuların karaciğerdeki gibi sertleşmesi, –*ç.n.*)" belirtilerine işaret etmiştir.

---

[11] *A.g.e.*

[12] Favart, *Essai sur l'entendement medical* (Paris, 1822), s.8–9.

[13] J. Landre-Beauvais, *a.g.e.*, s.5.

[14] *A.g.e.*, s.6.

İşte, eş zamanlılık ya da tekrarlama ve sıklıktaki farklılığa duyarlı bir bakışın dikkatindeki semptom böylece belirti haline gelir – bütünselliğe ve vakanın hatırlanma zamanına bağlanmış olan ve aynı zamanda hesaplayıcı, kendiliğinden ayırt edici bir işlem; sonucunda tek bir hareketle, unsurların kendi aralarındaki bağlantı unsurunu birleştiren eylem. Aslında bu, Condillac tahlili'nin, tıbbî algıdaki pratiğinden ibarettir. Her ikisinin meselesi düşüncelerimizi basitçe "çeşitli biçimlerde karşılaştırmak ve böylece aralarındaki ilişkileri ve üretecekleri yeni fikirleri keşfetmek için, birleştirmek ve bileşenlerine ayırmak" değil midir?[15] Tahlil ve klinik bakışın ortak özelliği, sadece bir düzendeki birleşme ve bileşenlerdeki ayrışma düzenini ortaya çıkarmak; bu doğal düzenin kendisidir: Marifetleri, sadece eylemin kökendeki zararın karşılanmasına dönük işleyişindedir. "Bu tahlil, buluşların gerçek gizidir, çünkü bizi nesnelerin kökenine kadar götürür."[16] Klinik nezdinde bu köken, semptomların doğal düzenidir, bunların birbirini takip eden ya da karşılıklı belirlenme biçimidir. Belirti ve semptom arasında, sadece temel bir özdeşlik zemininde kıymetlenen kesin bir fark söz konusudur: Belirti, semptomun kendisidir –fakat kökenindeki hakikatin içinde–. Nihayet klinik deneyin ufkunda, temiz, kapsamlı ve eksiksiz bir okuma imkânı görünür. Bilgileriyle "en üst düzeyde yetkinliğe ulaşan bir hekim için, bütün semptomlar belirtilere dönüşebilir;"[17] bütün patolojik görünümler, açık ve düzenli bir dilde konuşur. Ve nihayetinde, Condillac'ın bahsettiği ve "iyi oluşturulmuş bir dil" olarak beliren bilimsel bilginin o açık ve tamamlanmış formuyla aynı düzeye gelinir.

[15] Condillac, *Essai sur l'origine des connaissances humaines*, s. 109.
[16] Condillac, *a.g.e.*
[17] Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliquee au perfectionnement de la medecine*(Paris, 1810), s.102.

3. *Hastalığın varlığı, hastalığın hakikati içinde tamamen açıklanabilirdir.*

"Nabız, ateş, solunum, işitme, yüz hatlarındaki değişik, sinirsel ya da spazmlı rahatsızlıklar ve doğal iştah biçimlerindeki değer kaybından edinilen dışsal belirtiler, değişik kombinasyonlarla, az çok ya da fazlasıyla belirgin olan ayrı ayrı tablolar oluşturur... Hastalık, başından sonuna kadar, düzenli karakteristik semptomlar ve tekrarlanma periyotları dizisi olarak bölünemez bir bağlamda düşünülmüştür."[18] Artık mesele, hastalığın *ne ile* tanınacağını ortaya çıkarmak değil, sözcükler düzeyinde, tüm varlığı kapsayan bir tarihi yenileştirmektir. Hastalığın, semptomlardaki ayrıntılı mevcudiyeti, patolojik varlığın, tanımlayıcı dil sentaksında kolayca fark edilmeyen saydamlığa karşılık gelir: Hastalığın yapısıyla, onu kuşatan sözel formun kökten eşbiçimliliği. Tanımlayıcı eylem aslında, varlığın tutunma noktasıdır ve tersine, kendini bir dilin otoritesine teslim etmeden, semptomatik olanda ve dolayısıyla özün göstergelerinde ortaya çıkmaz, o tam da olayların sözüdür. Türler tıbbında hastalığın doğası ve tanımlanması, ara aşamalardaki iki boyutlu "tablo" biçimlenmeden birbirini karşılamaz, klinik tıpta *görülen varlık* ve *konuşulan varlık*, hastalığı gösteren hakikate dolaysızca aktarılır, yani tüm *varlık* eksiksizce oradadır. Hastalık sadece, görünür olanın bu nedenle de belirlenebilir olanın unsurları arasında yer alır.

Klinik, Condillac'ta, algısal eylemle dil unsuru arasındaki temel ilişkiyi ortaya koyar. Filozofun tahlili gibi klinikçinin tanımlaması da, bilinç işlemiyle belirti arasındaki doğal ilişkide verili olanı önerir. Ve doğal bağlantıların düzeni bu tekrarda belirtilmektedir; dilin sentaksı, zamanın mantıksal zorunluluklarını saptırmaktan ziyade, onları temellerine eklemleyerek yenileştirir: "Varoluşunda aynı zamanda meydana gelen düzeni görüşe atfederek Tahlil, varoluş düzeninde aynı zamanda meydana gelenleri bir görünüme atfedip böylece bir nesnenin niteliklerinde birbi-

---

[18] Ph. Pinel, *La medecine clinique*, (3. bas.,Paris, 1815), giriş, s.VII.

rini takip eden düzeni basitçe gözlemleyebilmektir... Peki, bu düzen nedir? Bunu doğanın kendisi belirtir; bu doğanın nesneleri sunduğu düzendir."[19] Dilin düzeniyle sadece tek bir şeyi hakikatin düzenini meydana getirmektedir, çünkü her ikisi de, zorunlu ve açıklanabilir, yani *gidimli* biçimiyle zamanı yeniden oluşturur. Sauvages'in üstü kapalı bir biçimde mekânsal bir anlam verdiği hastalıklar *tarihi* artık kronolojik boyutunu kazanır. Zamanın bu yeni bilginin yapısında işgâl ettiği *yön*, sınıflandırıcı tıpta nozolojik tablonun düz mekânının rolüdür.

Doğayla zaman, gösterenle bildiren arasındaki karşıtlık gözden kaybolmuştur; hastalığın özü, semptomları ve belirtileri arasındaki aralık ve son olarak, gözden kaybolurcasına tezahür eden hastalığın belli bir aralık ve belirsizlik çerçevesinde ifşa ettiği hareket ve mesafe de gözden kaybolmuştur. Hastalık, kendisini görünmez kılan görünürün bu dönüşümlü yapısından, görülmesini sağlayan görünmezden ve tam anlamını gösteren çoklu semptomlarda dağıtmış ve gözden kaçmıştır. Tıp alanı artık, verili olsun ya da olmasın bu içe dönük dilsiz türleri tanımayacak, daima var oluşu ve kendisini çözen bakışın anlamı çerçevesindeki dili kullanan bir şeye açılacaktır – okuyan ve ayrılamaz biçimde okunan bir dil.

İdeolojinin bir eşbiçimi olarak klinik deney, dolaysız bir uygulama alanı sunar. Condillac'ı takip ettiği düşünülen tıp, algılanan şeyin ampirik ayrıcalığına geri dönmemiştir; fakat gerçeğin donanımı Tahlil'de olduğu gibi, Klinik'te de dil modeline göre tasarlanmıştır. Klinikçinin bakışıyla filozofun düşüncesi benzer yetilere sahiptir, çünkü her ikisi de özdeş nesnellik yapısını varsayar. Bu yapıda varlığın bütünü, gösterilen-gösteren klinik tablolarda tükenir, burada görünür olanla açıkça görülen, en azından fiilî bir özdeşlikle bir araya gelir; burada fark edilenle algılanabilir olan, kesin biçiminin kökenini açıkladığı bir dilde tamamen yeniden oluşturulabilir. Hekimin iyice düşünülmüş söylemsel al-

---

[19] Condillac, akt., Ph. Pinel, *Nosographie philosophique*, (Paris, VI. Yıl), giriş, s.XI.

gısıyla, filozofun algıya ilişkin söylemsel düşünüşü kesinlikle örtüşür, çünkü *dünya onlar için dilin, benzeşimdeki belirtici yeridir.*

Eski, özellikle XVIII. yüzyılda hassas olunan bir temaya göre tıp, kesin olmayan bir bilgi türüdür. Tıp sanatıyla süredurum halindeki şeylerin bilgisi arasındaki geleneksel karşıtlığın dayanakları, yakın tarih aracılığıyla güçlendirilmiştir: "Son derece değişken olan birçok olguyu kucaklayan insan bilimi son derece karmaşık bir konuyla, ama daima sınırsız sayıda ve alabildiğine geniş bir kombinasyona; –ince bir farkla–, fizik ve matematik bilimlerini karakterize eden, kesinlik, apaçıklık, tekbiçimlilik kapasitesini kazandırmak için çalışır."[20] Bilimin ilgi eksikliğinin ve konulara ilişkin karmaşıklığın belirtisi olan belirsizlik: Tıbbın konjonktüre verili karakterinde, bu aşırı yetersizlikle bu fazla aşırı zenginlik arasındaki ilişki dışında nesnel temel yoktur.

Son yıllarındaki XVIII. yüzyıl, mevcut kusurunun arasından pozitif bir bilgi unsuru üretti. Laplace döneminde, onun ya da benzer bir düşünce akımının etkisiyle, yalıtılabilir derecelerdeki bir dizi kesinliğin toplamının titizlikle hesaplanabileceğini, dolayısıyla da analitik olarak belirsizliğin tedavi edilebilir olduğunu keşfetti. Böylece anlamını geleneksel matematik bilgi karşıtlığından türeten bu düzensiz ve negatif kavram, kendini teknik hesaplama etkisine uygun gelen pozitif bir kavrama dönüştürebilecekti.

Bu kavramsal dönüşüm katidir: Gözlenen, yalıtılan her olgunun, ve ardından bir bütünle mukayese edilen olgular dizisinin, uyum ya da uyuşmazlıklarının ilkesel olarak ölçülebildiği bir olaylar serisi boyunca yerleştiği alan incelemeye açılmıştır. Algılanan her bir unsuru *kaydedilen bir olay* ve bu unsurun belirsiz evrimini de *koşullu bir dizi* haline getirmiştir. Klinik alana ka-

[20] C.-L. Dumas, *Discours sur les progres futurs de la science de l'homme* (Montpellier, XII. Yıl), s.27–28.

zandırılan yeni yapıdaki mesele, hasta bir kişiden çok, patolojik bir olgu olarak benzer acılardan mustarip bütün hastalarda durmaksızın üreyebilen özgünlüğü bulmaktı; bu yapıdaki gözlemlerin çokluğu sadece çelişki ya da doğrulamaya değil, fakat aşamalı ve teorik olarak sınırsız uyumla ilişkilidir; zaman artık, gizleyebilen ve nedenseli içermeyen bir bilgiyle hâkim olunan bir öngörülemezlik unsuru değil, fakat kendi seyrine kesinlik derecelerini olduğu kadar dizinin unsurlarını da dâhil etmesi nedeniyle, bütünleşilmesi gereken bir boyuttur. Tıp olasılıkçı düşünce aracılığıyla, kendi nüfuz alanının *algısal değerlerini* baştan sona yeniler. Hekimin dikkat etmesi gereken mekân, dizi düzenindeki bağlaşma biçiminin yalıtılabilir olaylardan meydana geldiği sınırsız bir mekâna dönüşmüştür. Patolojik türle hasta bireyin, kapalı bir mekânla belirsiz bir zamanın basit diyalektiği ilkesel olarak yerinden çıkmıştır. Tıp artık kendisini, duyarlı bireyselliğe uygun özsel hakikati bulmaya adamaz; o, açık bir alanın olaylarını sonsuza kadar algılama göreviyle yüzyüzedir. İşte bu kliniktir.

Ama bu mevcut şema, o dönemde ne radikalleştirilmiş, ne üstünde düşünülmüş, ne de mutlak bir tutarlılıkla düzenlenmiştir. Bir bütünlüklü yapıdan çok, temelleri olmadan bitiştirilmiş yapısal temalar söz konusudur. Önceki konfigürasyondaki (belirtidil) tutarlılık –genellikle yarı belirgin olmasına karşın– gerçekti, buradaki tutarlık derecesi ise açıklama ya da gerekçelendirme biçimi olarak olasılığa başvurulduğu halde zayıftır. Bunun nedeni matematiksel olasılıklar teorisinde değil, bu teoriyi uygulanabilir hale getirecek koşullarla ilgilidir: Fizyolojik ya da patolojik olguların bir popülasyon ya da bir dizi abartılı olay biçiminde sıralanması, hastane alanının tıbbî deneyden hâlâ uzak kaldığı ve çoğu kez onun bir karikatürü ya da çarpıtılmış biçimi olarak kabul edildiği bir dönemde, teknik olarak mümkün değildir. Tıpta kavramsal bir olasılık üstünlüğü, zaten olasılığa dayanan bir düşünce sayesinde sadece deney mekânı olarak kabul edilebilecek olan bir hastane alanının geçerliliğini içermektedir. Kesinlikler hesabının istikrarsız, kusurlu ve kısmî karakterinin kendisine, gerçek teknolojik içeriğin anlamına karşıt, karmaşık bir temel aramasının

nedeni budur. Böylece Cabanis, kliniğin biçimlenme sürecindeki araçları, teknik ve teorik düzeyi eskiden kalma bir kavram aracılığıyla doğrulamayı dener. Doğanın özensiz, özgür ve iyi uyarlanmamış bolluk kavramını yeniden canlandırmak amacıyla, eski belirsizlik kavramını bir yana bırakmıştı. Bu bolluk, "kesin duyarlığa hiçbir şey katmaz: Yerleştiği akımların, düzenden sapmasına asla müsaade etmez, ama kendini korumak niyetiyle onları lütufkâr ve kurala uygun bir özgürlük etkisiyle daha da çeşitlendirerek belirli bir hoşgörü talep ediyormuş gibi görünür."[21] Ama metnin önemli ve kesin sonuca götüren bölümü, ilişiğindeki nottadır: "Bu hoşgörü tam olarak, sanatın pratik tasarrufundaki özgürlüğe denk düşer ya da daha doğrusu bunun ölçüsünü gösterir." Cabanis'in doğanın hareketlerine atfettiği belirsizlik, sadece bir *vakalar* algısının teknik donanımının kurulup yerleşmesi için bırakılmış bir boşluktur. İşte bunun başlıca anları.

1. *Kombinasyon karmaşıklığı.* —XVIII. yüzyıl nozografisinde, deneyin içerdiği konfigürasyon şöyleydi: Fenomenler, somut görünümleri içinde ne kadar düzensiz ve karmaşık da olsalar, özlerinin ortaya çıkışı, çoğalan genelliklerinin hemen hemen dolaysızca sağladığı azalan karmaşıklık güvencesiyle olur. Sınıf, bütün fenomenleri ve bunların verili bir özgünlükte yarattığı değişiklikler nedeniyle, fiilen mevcut hastalıktan her zaman daha yalın olan türden daha yalındır. Yalınlığa, XVIII. yüzyılın sonunda, asıl olanın genellikte değil, fakat verinin ilk düzeyinde ve sürekli yinelenen az sayıdaki unsurunda bulunabileceği temasına işaret eden Condillac'ınkine benzer bir deneyde de rastlanır. Anlaşılırlık ilkesi, kavramı iyi anlaşılmayan ateş sınıfı değil, ateşlenmeyle ilgili her somut vakadaki az sayıdaki hayatî unsurdur. Yalın biçimlerin birleştirilebilir çeşitliliği, ampirik farklılığı oluştan: "Her yeni vakada, yeni olgularla karşılaştığımız sanılabilir; fakat bunlar sadece farklı kombinasyonlar, hemen göze çarpmayan ince farklardır. Patolojik durumdaki temel olgular çok az sayıdadır, diğer ol-

[21] Cabanis. *Du degre de certitude de la medecine* (3. Baskı, Paris, 1819), s.125.

gular bunların kombinasyonlarının ve farklı yoğunluk derecelerinin sonucudur. Önemleri ve değişik ilişkilerindeki görünüşleriyle bu düzen, tüm hastalık çeşitlerinin meydana gelmesi için yeterlidir."[22] Sonuç olarak bireysel/özgün vakaların karmaşıklığı, artık sadece, temel hakikatlari bozan ve sadece soyut ve ihmalkâr bir tanıma eyleminde anlaşılmalarını engelleyen bu denetlenemez değişimlere atfedilmelidir; bu karmaşa bir kombinasyonun ilkelerine göre analiz edilirse, yani karmaşayı oluşturan unsurların bütünü ve bu bileşimin biçimi, sunduğu her şeye tam bir uygunlukla tanımlanırsa, kendi olarak kavranıp incelenebilir. Dolayısıyla bilmek, doğanın unsurları birleştirme hareketini yeniden tesis etmek anlamına gelir. Ve bu anlamda, hayatın bilgisi ve hayatın kendisi, aynı üreme yasalarına itaat eder – oysa sınıflandırıcı düşüncede bu çakışma, sadece bir kez ve ilahi bir anlama yeteneğiyle var olabilir; şimdi bilginin ilerleyişiyle hayatın ilerleyişi aynı kökene sahiptir ve aynı ampirik süreçte işler: "Doğa, bilgilerimizin kaynağıyla hayatın kaynağının aynı olmasını istemiştir; yaşamak için izlenimler edinmeliyiz; bilmek için izlenimler edinmeliyiz"[23] ve, her vakadaki gelişim yasası, bu unsurların kombinasyon yasasıdır.

2. *Benzeşim ilkesi.* — Unsurların kombinasyona ilişkin incelenmesi, birlikte var olma ve birbirini izlemenin, semptomları ve hastalıkları özdeşleştirmeye imkân sağlayan benzer biçimlerini de açığa çıkarır. Türler ve sınıflar tıbbı bunu ayrıca patolojik fenomenlerin deşifresinde de kullanmıştır. Farklı bitkileri çoğaltabilen organların görünümü nasıl genel kabul görmüşse, farklı vakalardaki düzensizliklerin benzerliği de genel kabul görmüştür. Ama bu benzeşimler daima ve sadece cansız morfolojik verilere dayanmaktadır: Genel çizgileri algılanmış formların birleştirilmesinde, "hareketsiz ve sabit haldeki bedenlerin ve işlevin mevcut doğasına yabancı bir durum" söz konusudur.[24] Klinik bakışın,

[22] *A.g.e.*, s.86–87.

[23] *A.g.e.*, s.76–77.

[24] Audibert-Caille, *Memoire sur l'utilite de l'analogie en medecine* (Montpellier, 1814), s.13.

farklı hastalardaki belirti ve semptomları tanımlarken dayandığı benzeşimler düzeni farklıdır; "bunlar, önce tek bir hastalığın parçaları arasında varolan, sonra da bilinen bir hastalıkla bilinebilir bir hastalık arasındaki ilişkilerden ibarettir."[25] Böyle anlaşılan benzeşim, asıl özdeşlikten uzaklaşıldıkça gözden kaybolan, az çok yakın bir akrabalığın benzerliği değildir; unsurlar arasındaki ilişkilerin eşbiçimliliğidir; karşılıklı etkinlikler ve ilişkiler sistemine, bir işleyişe ya da bir organdaki fonksiyon bozukluğuna dayanır. Öyleyse solunum güçlüğü fenomeni, veremde, astımda, akciğer zarı iltihabı, kalp ve iskorbüt hastalıklarında, çok da farklı olmayan bir morfolojide yer almaktadır. Fakat böyle bir benzerliğe önem atfetmek yanıltıcı ve tehlikeli olacaktır; bir semptomun özdeşliğine işaret eden verimli bir analoji, başka fonksiyonlarla ya da başka bozukluklarla kurulan bir ilişkidir. Kas güçsüzlüğü (sıvı toplanmasında görülen), ciltte morarma (tıkanmadakine benzeyen), bedende kabarık lekeler (çiçek hastalığındaki gibi) ve diş etinin şişmesi (tartar birikmesinin yol açtığına benzer), unsurların birlikte var oluşunun diş eti hastalığına has fonksiyonel bir etkileşime işaret ettiği bir takım oluşturur.[26] Bir dizi hastada bir hastalığı *tanıma*ya izin verecek şey, bu ilişkilerin *analojisi*dir.

İlâveten: Analoji ilkesi tek bir hastada ve aynı hastalık içinde, hastalığın biricikliğinin kendi bütünü içinde tanımlanmasını mümkün kılabilir. XVIII. yüzyıl hekimleri organların birbirini etkilemesi kavramının ardından, asıl hakikatle çelişen ve etkileşim (*interferences*) olarak adlandırılan unsurun, ne olursa olsun apaçık semptomlardan basitçe çıkarılabilmesi nedeniyle, patolojik bir öz bulmayı daima mümkün kılan bir kavramı, "komplikasyon" nosyonunu kullanmış ve suiistimal etmişlerdir. Böylece ateşli gastrit* (ateş, baş ağrısı, susuzluk, üst karın bölgesinde ağrı), dermansızlık, istemsiz boşaltımlar, zayıf bir nabız atışına yutma güçlüğünün eşlik ettiği durum özüne uygundur; demek ki bu

---

[25] *A.g.e.*, s.30.

[26] C.-A. Brulley, *De l'art de conjecturer en medecine* (Paris, 1801), s.85–87.

* Mide hastalıklarına eşlik eden ateş; çabuk gelişen gastrit –*y.n.*

gastrit, adinamik bir ateşle "komplike olmuştur."[27] Analojinin dikatli kullanımı, bölüştürme ve gruplamalarda buyruklardan kaçınmaya imkân tanımalıdır. Aynı patolojik mevcudiyetteki bir semptomdan başkasına, geçerken "kendilerini üreten içsel ya da dışsal nedenlerle" ilişkileri aracılığıyla belli bir analoji kurulabilir.[28] Birçok nozografın komplike bir hastalık olarak kabul ettiği, plöropnömoni* için de aynı şey geçerlidir: Şâyet "mide hastalığı" (sindirim sistemini içeren semptomlara ve üst karın bölgesinde ağrılara yol açan hastalık) ile akciğer uzuvlarının iltihabı olarak tanımlanan tahrişi ve tüm solunum rahatsızlıkları arasında var olan ilişki türdeşliği kavranırsa, ayrı hastalıklı özlerden türediği anlaşılan farklı semptomatik bölgeler, hastalığın kendi özdeşliğini kazanmasına imkân tanıyabilir: birleşmiş özlerden oluşan *karma bir gerçekliğin* değil, bir birlik tutarlığı içindeki *kompleks bir biçim*in kimliği.

3. *Sıklıkların algılanması.* — Tıbbî bilginin kesinliğine, sadece vaka örneklerinin sayısıyla erişilebilecektir. Söz konusu kesinlik "yeterli bir olasılık toplamından çıkarıldığında" tam olur; ama çok sayıda vakanın "dikkatli çıkarımı" değilse, bilgi "tahmin ve gerçeğe benzer olmaktan öteye geçmeyecek olan, özel gözlemlerin basit açıklamasından başka bir şey olmayacaktır".[29] Tıbbî kesinlik, *tam anlamıyla gözlemlenmiş benzersizlikten* değil, *bütünüyle gözden geçirilmiş birden çok bireysel olgudan* hareketle oluşur.

Dizi, birden çok oluşuyla, bir çakışma içeriğinin taşıyıcısı dizilerine dönüşür. Sauvages tükürükten kan bulaşmasını (kan tükürme) kanamalar, veremi de ateşli hastalıklar sınıfına sokmuştur. Fenomenin yapısına uygun ve hiçbir semptomatik denk gel-

---

[27] Ph. Pinel, *Medecine clinique*, s.78

[28] Audibert-Caille, *a.g.e.*, s.31.

* zatürre ve akciğer zarı iltihabının birlikte ortaya çıkması ya da plörezi ile beraber seyreden, şiddetli plevra ağrısının hâkim olduğu pnömoni, plöropnömoni.–*yn.*

[29] C.-L. Dumas, *Discours sur les progres futurs de la science de l'homme* (Montpellier, XII. Yıl), s.28.

menin karşı koyamayacağı bir ayrımdır bu. Şâyet kan tükürme–verem bileşiği (duruma, koşullara, bireysel vakalara uygun birçok ayrıma rağmen), toplam dizide belli bir niteleyici yoğunluğa erişirse, her türden karşılaşma ya da tüm boşluğun ötesinde, dahası fenomenin açık görünüşü dışında, temel bir bağlantı ilişkisine dönüşecektir: "Genel doğa yasalarının temelleri, en sık rastlanan fenomenlerin incelenmesiyle ve bunların ilişkilerinin ve birbirlerini izleme düzenindeki sıralamanın düşünülmesiyle bulunur."[30]

Bireysel değişiklikler, bütünleşme aracılığıyla kendiliğinden ortadan kalkar. Türler tıbbındaki bu özel değişikliklerin ortadan kalkışı, sadece pozitif bir işlemle gerçekleşmiştir. Özün saflığına katılmak amacıyla, onu zorunlu olarak önceden içermek ve daha sonra kullanmak üzere deneyin aşırı zengin içeriğini silmek, temel bir seçimle, "değişmez olanı, orada değişken olarak bulunandan ve özü katışıksız tesadüfi olandan ayırmak" zorunludur.[31] Klinik deneydeki değişiklikler, başka bir etkiyle bir kenara ayrılmaz, kendi uyumlarıyla ayrılırlar ve genel düzenlemeden silinirler, çünkü olasılık alanıyla bütünleşirler. Ne kadar "beklenmedik" ne kadar "olağan dışı" da olsalar, hiçbir zaman sınırların dışına çıkmazlar; anormal oluş bile bir düzenlilik biçimidir: "İnsan türündeki hilkat garibelerinin ya da yaratıkların incelenmesi, bize doğanın verimli kaynakları ve doğanın bizzat kendi aykırılıklarına ilişkin bir fikir verir."[32]

Dolayısıyla gerçek gözlemcilerin deha ya da sabırları aracılığıyla kendisine az çok yaklaşabileceği ideal ve aşkın bir İzleyici fikrini artık terk etmek gerekmektedir. Kurala uygun tek gözlemci, bütün gözlemcilerin toplamıdır. Tek tek gözlemcilerin bireysel bakış açılarının neden olduğu hatalar, kendi belirti etkisine sahip olan bir bütünsellikte dağılır. Onların uyuşmazlıkları bile, nihayet kesiştikleri bu çekirdekte inkâr edilemez özdeşliklerin genel hat-

---

[30] F.- J. Double, *Semeiologie generale* (Paris, 18119, I. Cilt, s.33.
[31] Zimmermann, *Traite de l'expérience*, I. Cilt, s.146.
[32] F- J. Double, *Semeiologie generale*, I. Cilt, s.33.

larının ortaya çıktığını gösterir: "Doğa onlara gerçekten benzer yolla sunulmamışsa, farklı gözlemciler aynı olguyu tamamıyla aynı biçimde görmezler."

Kavramlar, yaklaşık bir söz varlığının belirsizliğinde, yanlışlığın hesaplanmasının, ortalamanın değer, sınırlar ve boşluğunun keşfedilebileceği yerde dolaşır. Bütün kavramlar, görülebilir tıp alanının, istatistiksel bir yapı üstlendiğini ve tıbbın algısal alan olarak kendisine, bir türler bahçesi değil, bir vakalar alanı tahsis ettiğini işaret etmektedir. Ama henüz hiçbir şey biçimlenmiş değildir. Ve başarısızlık ilginç biçimde, bir tıbbî olasılıklar hesabına gebe görünecek, başarısızlığın sebepleri bu çabada ortaya çıkacaktır.

İlkesel olarak, bir cehâlete ya da matematiksel aracın alabildiğine yüzeysel kullanımına değil,[33] alanın örgütlenmesine bağlı bir başarısızlık.

4. *Kesinlik derecelerinin hesaplanması.* — "Şâyet günün birinde olasılıklar hesabında, tıp ve fizyolojinin karmaşık yapılı konularına, soyut düşüncelerine, değişken unsurlarına uyum gösterebilen bir yöntem bulunursa, bilimlerin ulaşabileceği en yüksek kesinlik derecesi kısa sürede üretilecektir."[34] Hem kurucu unsurlar tahlilinin ilkesi, hem de tekrarlanma sıklıklarından yola çıkan tümevarım yöntemi olarak, daha baştan fikirlerin nüfuz alanında geçerliliği olan bir hesap söz konusudur; belirsiz biçimde sunulan bu hesap kendisini, kestirimin mantıksal ve aritmetik bozulması gibi gösterir. Aslında geç XVIII. yüzyıl tıbbı; görünüm ve uyum yasalarına ek olarak tekrarlanmaların incelenmesi aracılığıyla basitçe belirlenebilir bir dizi olguya mı, yoksa tutarlığı doğal bir yapıda aranabilecek bir klinik tablo, semptomlar alanı ve belirtiler takımını mı izlemesi gerektiğini bilemedi. Daima *fenomenler patolojisi*yle bir *vakalar patolojisi* arasında salınıp kalmıştır. Olası-

[33] Brulley, örneğin Bernouili'nin, Condorcet'nin, S'Graversandy'nin metinlerini çok iyi bilir, *Essai sur l'Art de conjecturer en medecine* (Paris, X. Yıl), s.35–37.

[34] C.-L. Dumas, *a.g.e.*, s.29.

lık derecelerinin hesaplanması ile semptomatik unsurların tahlilinin dolaysızca karıştırılması bu nedenledir. İlginç bir şekilde ve bir çeşit doğal hakla, bir olasılık katsayısıyla nitelenen bir kümelenme unsuru olarak belirtidir. Ama ona belirti değerini atfeden, bir olasılıklar aritmetiği değil, bir fenomenler takımıyla ilişkisidir. Bir figürün ölçümündeki sabitlik, matematiksel bir görünümle değerlendirilir. Matematikçilerden alınan "kesinlik derecesi" terimi, kaba bir aritmetikle, bir içermenin az çok zorunlu karakterine işaret eder.

Basit bir örnek, bu temel bilinç bulanıklığındaki doğanın hemen kavranmasını sağlayacaktır. Brulley, Jacques Bernoulli'nin *Ars conjectandi*'sinde [Tahmin Sanatı], her kesinliğin "istenilen miktarda olasılığa bölünebilen bir bütün olarak ele alınabileceği" ilkesine dikkat çeker.[35] Böylece bir kadının gebeliğinin kesinliği sekiz dereceye bölünebilir: Aybaşı kanamalarının kesilmesi; 1. ayda bulantılar ve kusma; 2. ayda dölyatağı hacminin büyümesi; 3. ayda gözle görülür daha belirgin bir büyüme; ardından dölyatağının, çatı kemiğinin üstünde görülmesi; 5. ayda görülen altıncı derece, tüm alt karın bölgesinin dışa doğru taşması; 7. derece, ceninin, dölyatağının iç yüzeyine çarpan kendiliğinden hareketi; en sonunda 8. kesinlik derecesi, son ayın başlarındaki dönme ve yer değiştirme hareketleri.[36] Demek ki belirtilerin her biri kendi içinde sekizde bir oranında bir kesinlik taşımaktadır: İlk dört oluşumun birbirini takip etmesi "biçimlerin kendisinden emin olunmayan ve bir denge türü olarak düşünülebilecek" bir yarı-kesinlik oluşturur; olasılık bunun ötesinde başlıyor.[37] Bu içerme aritmetiği, hem belirtilerin teşhis edilmesi için hem de tedavinin belirtilere göre yapılabilmesi için geçerlidir. Brulley'in muayene ettiği bir hasta, taşı nedeniyle ameliyat olmayı talep eder; müdahalenin lehine olan iki "uygun olasılık" söz konusudur: Sidik torbasının durumunun iyi oluşu ve taşın küçüklüğü; fakat istenmeyen

[35] C.-A. Brulley, *a.g.e.*, s s. 26–27.
[36] *A.g.e.*, s.27–30.
[37] *A.g.e.*,s. 31–31..

olasılık sayısı dörttür: "hasta altmış yaşlarındadır, erkektir asabî bir mizacı vardır ve bir deri hastalığından mustariptir". Fakat, bu basit aritmetiği dinlemeyi bile reddeden hasta, ameliyattan sağ çıkamadı.

Vakalar aritmetiğiyle, mantıksal yapının ilişkisinin dengelenmesi beklenmiştir; fakat fenomenle gösterdiği arasında, vakayla olayın ait olduğu dizi arasındaki aynı ilişki yoktur. Bu bulanıklık sadece, hekimlerin oldum olası başvurdukları tahlilin anlaşılmaz erdemleriyle ortaya çıkar: "Tahlil, yani karmaşanın o sembolik iplik dizisi olmadan, dolambaçlı yollar arasından hakikatin mabedini çoğu kez bulamazdık."[38] Oysa bu tahlil, matematiğin *epistemolojik modeli*ne ve ideolojinin *araçsal yapısı*na göre tanımlanmıştır. Bir araç olarak, karmaşık bütündeki içermeler sistemini tanımlamaya hizmet eder. "Bu yöntem aracılığıyla, bir konu ya da tamamlanmış bir fikir kesilip parçalarına ayrılarak incelenir; bölümler birer birer, ayrı ayrı araştırılır; ilk olarak en temel olanlara, sonra daha az önemli olanlara ve sonra da en basit fikir meydana çıkarılır". Fakat matematiksel modelde, bu tahlil bilinmeyen bir fikri belirlemeye yaramalıdır: "Bileşimin tarzı, oluştuğu biçim incelenir ve böylece, bilinenden bilinmeyene ulaşılır; bu da tümevarımın kullanılmasıyla olur."[39]

Selle, kliniğin "tıbbın bizzat hasta yatağının başucundaki pratikten" fazla bir şey olmadığını, dolayısıyla da "en muhafazakâr anlamıyla pratik tıpla" özdeşleştiğini söylemişti.[40] Klinik, eski tıbbî ampirizmin yeniden canlandırılmasından çok daha fazlasıydı, o somut hayattı, tahlilin ilk uygulamasıydı. Dahası, sistemlere ve teorilere muhalefetine rağmen, felsefeyle yakın akrabalığını kabullenmektedir: "Hekimlerin bilimini filozoflarınkinden ayırmak niye? Ortak bir kökeni ve akıbeti paylaşan iki çalışma birbirin-

[38] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (Paris, 1807), s.53.
[39] *A.g.e.*, s.53.
[40] Selle, *Introduction à l'etude de la nature* (Paris, III. Yıl), s.229.

den neden ayrılsın?"[41] Klinik, olasılığa dayalı ve dilbilgisel yapıların patolojik nüfuz alanına girilmesiyle "görünür" felsefî bir alan açmıştır. Condillac ve haleflerinin çağdaşı olan bu yapılar, tarihsel olarak saptanabilirdir. Tıbbî algı, türün ve bireylerin en az özün ve semptomların hareketi kadar anlaşılmaz olan hareketiyle serbest kalır: O hastanın, hastalığındaki özgüllüğü hem saklayan hem de açığa çıkaran ilkenin eksenine uygun olan görünür ve görünmeze bağlı figür yok olur. Bakışa açıkça görünür bir nüfuz alanı açılır.

Fakat temel olarak uyumdaki o ikili görünürlük bu nüfuz alanının kendisi değil midir? Bununla birlikte onlar, birinin diğerinden kurtulmaya çalıştığı üst üste binme biçimlere dayanmazlar mı? Belirtilerin tahliline uyarlanan dilbilgisel model, kavramsal hareketin derinliklerinde daha biçimlendirilmemiş bir halde, kuşatılmış ve örtük olarak varlığını sürdürür: Mesele, *anlaşılabilirlik biçimlerinin aktarımı*dır. Matematiksel model ise daima belirgin ve harekete geçiricidir; O bir kavramsal sürecin tutarlılık ilkesi olarak kendisinin dışındaki sonuçta mevcuttur: O, *biçimselleştirme temalarına katkısı* meselesidir. Fakat bu yapısal çelişki böyle bir biçimde hissedilmemişti. Ve görünüşte özgürleşmiş bu nüfuz alanına temellenen bakış, bir zaman için şanslı bir bakış gibi görünmüştü.

[41] C.-L. Dumas, *a.g.e.*, s.21.

7
görmek, bilmek

"Hipokrat, sadece kendi gözlemlerine bağlanmış ve bütün sistemleri küçümsemişti. Tıp sadece onun izlerini takip ederek mükemmelleşebilir."[1] Fakat kliniğin son zamanlarda gözleme tanıdığı imtiyazlar geleneğin ona atfettiği itibardan çok daha fazladır ve tamamen farklı bir doğaya sahiptir. Bunlar en başından itibaren, hem tüm müdahalelerin öncesinde, değiştirmeden ele aldığı mevcudiyete sadık saf bir bakışın, hem de hazırlıksız bir ampirizmin nahifliğinden kurtulmuş ve mantıksal donanımı içeren bir bakışın imtiyazlarıdır. Şimdi böyle bir algının somut kullanımını tarif etmek gerekir.

Gözlemleyen bakış müdahaleden sakınır: Dilsiz ve hareketsizdir. Gözlem, şeyleri oldukları gibi bırakır; ona göre, verili olanda saklı bir şey yoktur. Gözlemin bağıntılı olduğu şey, asla görünmez değil, aksine aklın karşısına teorileri, duyuların karşısına tasavvurları inşa eden engellerin uzaklaştırılmasıyla birlikte daima dolaysızca görünendir. Bakışın klinik hekimin olaylar dizisindeki saflığı, ona dinleme imkânı yaratan belli bir sessizliğe bağlıdır. Sistemlerin yorucu söylevleri yarıda kesilmelidir: "Hasta yatağının başucundaki bütün teoriler ya daima susar ya da yok

[1] Clifton, *Etat de la médecine ancienne et moderne*, çevirenin önsözü, sayfa numarası yok (Paris, 1742).

olur."[2] Ayrıca tasavvurun, algılananlardan önce davranan, yanıltıcı ilişkiler bulan ve duyuların erişemeyeceği şeyleri ifade eden yüksek sesi de kısılmalıdır: "Yargısını biçimlendirmeden önce, tasavvurun sessizliğinde ve zihnin itidalli tutumunda, fiilen uygulanan bir duyu ilişkisinin sonuçlarını beklemeyi bilen bir gözlemci nâdirdir!"[3] Şâyet bakış, şeyleri sessizce temellendirir ve gördüğü şeyin çevresindeki her şey susarsa, kendi hakikatinde tamamlanacak ve şeylerin hakikatine erişecektir. Klinik bakışın, *bir gösteriyi algılarken bir dili işitmek* gibi paradoksal bir becerisi vardır. Klinikte, klinik tabloda görülen, aslında konuşandır. Klinik ve deney arasındaki karşıtlık tam olarak, işitilen ve sonuçta kabul edilen dille, sorduğumuz daha doğrusu dayattığımız soru arasındaki farktır; "Gözlemci... doğayı okur; deneyciler ise doğayı sorgular."[4] Bu anlamda gözlem ve deney, birbirlerini bir çatışma olmadan karşılıklı olarak dışlamaktadırlar. Gözlem, doğal olarak deneye yol açar, ama deneyin sorgulaması, sadece gözlemlenen şeylerin kendisine önerdiği söz varlığı ve dil çerçevesinde yapılmalıdır. Deneyin bizatihi sorudan yoksun bir cevabın tastamam ilk konuşması olan soruları, sadece hiçbir ön söz içermeyen mutlak bir cevabın kendisi ise kurulabilir. Double'nin nedensellik terimleriyle ifade ettiği, işte bu kökeninden ötesine geçilemezliğin imtiyazıdır: "Gözlemi deneyle karıştırmamalıdır; deney, etki ya da sonuçtur; gözlem, araçlar ya da nedendir; gözlem doğal olarak deneye öncülük eder."[5] Gözlemleyen bakış, erdemlerini ancak ikili bir sessizlikte açığa çıkartır: Teorilerin, tasavvurların ve duyarlı bir mevcudiyete engel olabilecek her şeyin sessizliği ve görünürün sessizliğinden önceki tüm dillerin mutlak sessizliği. Bu ikili sessizliğin yoğunluğunda görülen şeyler, nihayet sadece görülmüş olmaları nedeniyle, işitilmiş olabilirler.

---

[2] Corvisart, Auenbrugger'in çevirisine önsöz, *Nouvelle methode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine* (Paris, 1808), s.VII.

[3] *A.g.e.*, s.VIII.

[4] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (Paris, 1807), s.14.

[5] Double, *Semeiologie generale*, I.Cilt, s.80.

Kendisini muhtemel müdahalelerin, her deneysel kararın sınırında tutan, değiştirmeyen bu bakış, işte o zaman ihtiyatının, donanımının dayanaklılığına bağlı olduğunu gösterir. Olması gerektiği gibi olmak için, basiretini ya da şüpheciliğini kullanmak ona yeterli gelmez, Baktığı mevcut hakikati açıklaması, mevcut durumun ancak aynı zamanda köken, başlangıç noktası, bileşim ilkesi ve yasası olmasıyla mümkündür ve bakış, bir oluşa uygun üretilmiş olan şeyi hakikat olarak açığa çıkarmalıdır; başka bir deyişle, bileşimin kendi hareketinde ortaya çıkan şeyi kendine özgü işlemlerle yeniden üretmelidir. Bu, tam da "analitik" olduğu noktadır. Gözlem, algısal içerikler düzeyindeki mantıktır ve gözlemleme sanatı, "özellikle işlemlerini ve kullanımlarını işaret edecek duyular için bir mantık olmalıdır. Tek bir kelimeyle, ilgili koşullarla ilişki içinde olma, nesnelerden, bize göründükleri biçimiyle izlenim edinme ve bundan, doğru sonuçları olan bilgiler çıkarma sanatı olmalıdır. Mantık... gözlemleme sanatının temelidir, fakat bu sanat, nesnenin anlamlara sıkıca bağlı olacağı Mantığın bölümlerinden biri gibi görülebilir."[6]

O halde bu klinik bakış, ilk yaklaşımda, bir işlemler mantığıyla devam ettirilen algısal bir eylem olarak tanımlanabilir. Bu süreç analitiktir, çünkü bileşimin üremesini yeniler, ama bu üremenin, şeylerin doğuştan gelen bir sessizlikle konuştuğu dilin sentaksından ibaret oluşu bağlamında, her tür müdahaleden uzaktır. Gözlemin bakışı ve algıladığı şeyler, ilki bütünlüklerin üremesi ve ikincisinde işlemlerin mantığı olan tek bir aynı *Logos* aracılığıyla aktarılır.

Klinik gözlem, zorunlu olarak birleşmiş olan iki nüfuz alanını kapsar: Hastanenin nüfuz alanı ve öğretimin nüfuz alanı.

Hastanenin nüfuz alanı, patolojik olgunun, vaka olarak tekliği ve kendisini çevreleyen dizi içinde göründüğü alandır. Aile,

[6] Senebier, *Essai sur l'art d'observer et de faire des experiences* (2. Baskı, Paris, 1802),I. Cilt, s.6.

çok da uzak olmayan bir zamana kadar, değişmemiş hakikatin doğallığındaki *loküs* olarak bulunuyordu; ama şimdi ailede, ikili bir yanıltıcı etki keşfedilmiştir: Hastalık ailede, kendisini huzursuz eden bir bakımı içeren çeşitli eylemlerle, bir diyet ve tedaviyle gizlenme riski taşımakta ve onu başkalarıyla kıyaslanılamaz hale getiren fiziksel koşulların biricikliğinde ele alınmaktadır. Tıbbî bilginin kendisini tekrarlarla tanımlamasıyla birlikte artık, doğal bir ortam ihtiyacı yerine, şimdi bir seçim ilkesi ya da dışarıda bırakma olmadan her tür patolojik vakanın herhangi bir biçimine açık ve bütün parçaların kıyaslanmasını mümkün kılacak olan homojen ve tarafsız bir nüfuz bölgesine ihtiyaç vardır. Böyle bir nüfuz alanında mümkün olan her şey, aynı yolla mümkün olmalıdır. "Her birine yüz-yüz elli hastanın yatırıldığı iki revirin oluşturduğu eğitim kaynağı!.. Bazen güçlü bünyelerde hızla ilerleyen, bazen de âdeta önemsizmiş gibi belirti göstermeyen durumuyla birlikte, yaşın, hayat tarzının, mevsimlerin ve az çok şiddetli manevi marazların sağlayabileceği tüm biçim ve değişikliklerle her tür ateşten ve iyi ya da kötü huylu dâhili iltihaplardan oluşan bir gösteri!"[7] Hastanenin, hem patolojik düzensizliklerin hem de patolojik formların düzenlenmesindeki karışıklıklar anlamındaki değişikliklere sebep olduğu iddiasındaki eski itirazın söz konusu ettiği ve tekbiçimli bütün vakalar için geçerli olan değişiklikler, ne iptal edildi ne de göz ardı edildi, fakat dikkatli biçimde yürürlükten kaldırıldı; çünkü vakaların tahlille yalıtılması ve münferit tedavileri mümkündür. "Hastanelerdeki kliniklere ve genel tıp pratiğine bir öngörü ve kesinlik derecesinin dahil edilebilmesi" ancak, lokal özellikler, mevsim ve tedavinin içeriğinden kaynaklanan çevre değişikliklerinin bir tarafa konulmasıyla mümkün olabilir.[8] Dolayısıyla klinik, hastalıkların efsanevi bir manzara içinde kendilerini tamamen açığa çıkartarak göründüğü bir yer değildir, klinik, hastanedeki değişimlerin, deneyle sürekli bir biçimde bütünleşmesine imkân tanımaktadır. Türler tıbbının

[7] Ph. Pinel, *Médecine clinique* (Paris 1815), giriş, s. II.

[8] *A.g.e.*, s. I.

doğa olarak adlandırdığı kavramın, heterojen ve yapay koşulların süreksizliğinden ibaret olduğu ortaya çıkmıştır. Hastanedeki "yapay" hastalıklara gelince, bunlar patolojik vakalar alanının, homojene indirgenmesine izin verir; elbette bir nüfuz alanı olarak hastane, bir hakikat nezdinde katıksız bir saydamlığı içermez; fakat uygun bir kırılmanın daimiliğiyle, hakikatin tahlilini mümkün kılar.

O halde hastane kliniği, değişimlerin ve tekrarlanmaların sonsuz hareketi aracılığıyla, dışsal olanların bir tarafa ayrılmasına imkân vermektedir. Ama bu aynı hareket, özün bilgide birikmesini mümkün kılar: Gerçekten de değişimler geçerliliğini yitirmekte ve daimi fenomenlerin belirsiz tekrarları, temel birleşmeleri kendiliğinden ortaya koymaktadır. Hakikat, kendisini tekrarlanan bir biçimde göstererek, kendisine ulaşılabilecek yolu gösterir. O kendisini bilgiye sunarak tanınmayı bekler. "Öğrenci... her türden bozulmanın tekrarlanan görünümüyle bizzat fazladan ilişki kuramaz; içinde bulunduğu özel pratiği kendisine bu görünümün bir tablosunu sonradan sunabilecektir."[9] Hakikatin klinik tablodaki oluş süreci, aynı zamanda hakikate ait bilginin oluş sürecidir. Öyleyse bilim olarak klinikle, öğrenim olarak klinik arasında içerik farkı yoktur. Dolayısıyla, usta ve çırakları tarafından, tanıma eylemi ve bilme çabasının tek ve aynı hareketle gerçekleştiği bir grup biçimi oluşturulur. Tıbbî deney, kendi yapısı içinde ve klinik tablo ve edinim olarak iki yönüyle, şimdi kolektif bir özneye sahiptir; deney, artık bilen ve bilmeyen arasında bölünmemiş, açığa çıkaranla ortaya çıkarılanın bir varlığı olmuştur. İfade aynıdır; hastalık her ikisiyle de aynı dilde konuşur.

Tıbbî deneyin konusunun *kolektif* yapısı; hastane alanının *kolektif* karakteri: Klinik bu iki bütünlüğün buluşma noktasında yerleşmiştir; kliniği tanımlayan deney, bunların karşılaşmasının ve karşılıklı sınırlarının çapraz yüzeyinde yol alır. Bu alanda, tükenmez canlılığını değil, aynı zamanda elverişli ve kapanmış biçimini de edinir. Deney, bakışın ve ikili soruların kesiştiği, vaka-

[9] Maygrier, *Guide de l'étudiant en medecine* (Paris, 1818), s.94–95.

ların sonsuz nüfuz alanının ayırımıdır. Edimbourg Kliniği'nde gözlem dört soru dizisinden meydana gelmiştir: İlki hastanın yaşı, cinsiyeti, mizacı ve mesleğiyle; ikincisi gösterdiği semptomlarla; üçüncüsü hastalığın başlangıcı ve gelişimiyle; son olarak dördüncüsü de, daha belirsiz nedenler ve önceki kazalarla ilgilidir.[10] Başka bir yöntem –Montpellier'de kullanılmıştı– organizmadaki bütün görünür değişimlerin genel incelemesine dayanmaktadır: "1. Genel olarak bedendeki bozulmalar; 2. boşaltım maddelerinde fark edilenler; 3. son olarak, fonksiyonların kullanımında görülenler."[11] Pinel her iki inceleme biçimini de aynı düzeyde eleştirir: Sınırları saptanmamıştır. Birincisiyle ilgili itirazında: "Bu soru bolluğunun ortasında ... hastalığın temel ve özgül belirtileri nasıl kavranabilir?" der, ve ikincisi için de denk bir üslupla şöyle der: "Ne kadar uzun bir semptomlar sıralaması..! Bu bizi yeni bir kaosun içine düşürmez mi?"[12] Sorulacak sorular sayısız, görülecekler sınırsızdır. Klinik nüfuz alanı sadece dilin görevlerine ya da bakışın taleplerine açık olursa, sınırları ve dolayısıyla da bir düzenlemeyi içeremez. Bu nüfuz alanına ait bir sınırın, bir formun ve bir anlamın olması sadece, sorgulamanın ve muayenenin, hekim ve hastanın "karşılaşma yerini" temel yapılar düzeyindeki tanımların birbiriyle ilişkilendirilmesiyle mümkündür. Klinik, başlangıçtaki haliyle, bu loküsü üç yolla belirlemeye çalışır:

1. *Bir gözlemde konuşulan aşamalarda algılanan aşamaların birbirini izlemesi.* — Pinel'in çizdiği ideal anket şemasında, ilk aşamadaki genel belirtiler görseldir: Hastalığa özgü belirtilerdeki mevcut durum gözlemlenir. Ama soru dizisi, dilin bu muayenedeki yerini sağlamlaştırır. İlk olarak gözlemcinin duyularına hitap eden semptomlar not edilir; ama hemen ardından hasta, hissettiği acılarla ilgili sorgulanır; son olarak da bilinen önemli fiz-

[10] Ph. Pinel, *Medecine clinique*, s.4.
[11] *A.g.e.*, s.3.
[12] *A.g.e.*, s.5 ve 3.

yolojik fonksiyonların durumu saptanır –algılananla konuşulanın, soruyla gözlemin karma biçimi. İkinci aşama, dilin ve dille birlikte zamanın, yeniden hatırlamanın, gelişmelerin ve birbirini takip eden sonuçların etkisindedir. Öncelikle söz konusu olan, verili bir anda algılanabilir hale gelen şeyin ne olduğunu söylemektir (hastalığın yayılma biçimlerini, birbirini takip eden semptomları, semptomların mevcut karakterlerinin görünümünü ve daha önce uygulanan ilâç tedavilerini hatırlamak); ardından, hastayı ya da çevresindekileri, hastanın şikâyetine, genel görünümüne, mesleğine ve geçmiş yaşamına ilişkin sorgulamak gerekir. Gözlemin üçüncü aşaması, yine algılanan bir aşamadır; hastalığın ilerlemesi gün be gün dört başlık altında açıklanır: Semptomların evrimi, yeni fenomenlerin görünme ihtimali, salgılanma durumu ve kullanılan ilâçların etkisi. Son aşama söze saklanmıştır: Nekâhet boyunca uyulacak perhiz reçetesi.[13] Klinikçilerin çoğu –ama Pinel diğerlerinden daha az isteklidir (nedenini göreceğiz)–, ölüm halinde, bedenin anatomisini son ve en kesin sonuca götüren otoriteye, yani bakışa saklamıştır. Hastalık, sözle bakışın birbirini düzenli izleyişinde, görmeye ve duymaya teslim ettiği hakikatini ve normalde tek bir *duyu*su varken, kesin bütününde ancak iki *duyu* ile yenilenebilen açıklamalarını azar azar dile getirir: Bakan ve dinleyen duyularla. İşte bu nedenle, muayenesiz sorgulama ya da sorgulamasız muayene, sonu olmayacak bir göreve mahkûm edilmiştir: Hiçbirinin diğerinden kalan boşlukları dolduracak uzmanlığı sözkonusu değildir.

2. Bakışla dil arasında geçerli bir bağıntı biçimi tanımlama çabası. — Klinikçiler teorik ve pratik olarak, görünür semptomlar ve sözel bir tahlile ait olan hastalık unsurlarını uzamsal olarak anlaşılır ve kavramsal olarak tutarlı olan bir tanımlamaya dâhil etmenin mümkün olup olmadığını bilme sorunuyla yüzleşmişlerdi. Bu sorun, klinik düşüncenin taleplerini gösteren teknik güçlükte

[13] Ph. Pinel, *a.g.e.*, s.57.

ortaya çıkıyordu: *Tablo*. Klinikçinin gözüyle beden yüzeyinde algılanan unsurları ve aynı klinikçinin hastalığın temel dilinde işittiği unsuru, bir tabloda, yani aynı anda hem görünür hem okunur, hem uzamsal hem sözel olan bir yapıda birleştirmek mümkün müdür? Belki de en nahif olanı Fordyce'nin denemesidir: Yatay eksene, iklim, mevsimler, baskın hastalıklar, hastanın dış görünüşü, kişisel tepkisi, şikâyeti, yaşı ve daha önce başından geçen kazalara ilişkin tüm işaretleri koymuş; dikey eksene, ortaya çıktıkları organ ya da fonksiyonlara göre (nabız, deri, vücut sıcaklığı, kaslar, gözler, dil, ağız, solunum, mide, barsak, idrar) semptomları yerleştirmiştir.[14] Görünür olanla anlatılabilir olan arasındaki fonksiyonel ayrımın, sonra da bunların bir analitik geometri miti çerçevesindeki bağlılaşımının, klinik düşüncenin işleyişinde yarar sağlamayacağı açıktır; bu türden bir çaba sadece, problemin verilerini ve bağıntılardaki terimleri belirtir. Pinel'in hazırladığı tablo basit görünüyor; ama aslında kavramsal yapıları daha ustacadır. Dikey eksene yerleştirilen unsur, Fordyce'deki gibi hastalığın algıya sunduğu semptomatik unsurları kapsar; ama yatay eksendeki unsur, bu semptomların işaret edebileceği anlamlı değerleri gösterir; o halde akut ateşle birlikte görülen üst karın bölgesindeki ağrılı hassasiyet, baş ağrısı ve şiddetli susuzluk, mide rahatsızlığına ilişkin semptomlar çerçevesinde kabul edilmelidir; buna karşılık bitkinliğin ve karın bölgesindeki kasılmanın, kasların güçsüzleşmesine ilişkin bir anlamı vardır; son olarak organlardaki ağrı, dilin kuruması, sık soluk alma, şiddetin özellikle akşamları yoğunlaşması, hem mide rahatsızlığının hem de devinimsizliğin belirtileridir.[15] Böylece görünür her parça anlamlı bir değer kazanmakta ve klinik bilgideki kesin tabloda tahlil fonksiyonu hizmetini yerine getirmektedir. Ama analitik yapının tablonun kendisi tarafından meydana çıkarılmadığı ya da üretilmediği son derece açıktır; mevcut yapı, tablodan önce vardır ve onun semp-

[14] Fordyce, *Essai d'un nouveau plan d'observations medicales* (Fr. Çev., Paris, 1811).

[15] Ph. Pinel, *Medecine clinique*, s.78.

tomolojik değeriyle bir semptom arasındaki bağıntı, kesin olarak temel bir *a priori* olarak sabittir. Görünüşteki analitik fonksiyonunun altında tablonun rolü sadece, görünürü, verili bir kavramsal düzenlenme biçimi içinde bölüştürmektir. Bu durumda görev, bağıntı kurmak değil, algılanabilir boyuttaki verili bir kavramsal mekâna saf ve basit bir biçimde yeniden dağıtılmasıdır. Tablo, hiçbir şey öğretmez; en fazla tanıma imkânı sağlar.

3. *Kapsamlı bir tanımlama ideali.* — Bu tabloların keyfî ya da totolojik görünüşü, klinik düşünceyi, görünür ve belirtilebilir arasındaki bir başka bağlılaşıma yöneltti; bu, tastamam yani iki kez – tam tanımlamanın aralıksız bağlılaşımıdır; aslında o nesneyle ilişkisine göre boşluksuz olmalı; ve dildeki nesnenin tanımında hiçbir sapmaya izin vermemek zorundadır. Tanımlayıcı *katılık*, açıklamadaki bir *kesinliğin*, adlandırmadaki bir *düzenliliğin* sonucu olacaktır: Pinel'e göre "doğa tarihinin öteki bütün parçalarında takip edilen yöntemdir" bu.[16] Dil böylece iki fonksiyonla yüklenmiş olur: Kesinlik olarak değeri aracılığıyla, görünür olanın her bölümüyle bu bölüme en uygun düşen ifade edilebilir unsur arasında bir bağıntı oluşturur; fakat bu ifade edilebilir işlemler, tanımlama rolünde adlandırıcı bir fonksiyon rolünü de yerine getirir, tabiî bu rol, kesintisiz ve sabit bir söz varlığının eklemlenmesiyle, karşılaştırma, genelleştirme ve bir bütüne yerleştirme fonksiyonlarına imkân tanır. Sağlamlaştırılan tanımlama çalışması, bu çifte rolün üstünlüğü aracılığıyla, "gerçekliği soyut sözcüklere ödünç vermeden genel görüşlere yükselmek amacıyla ölçülü bir ihtiyat" ve "basit ve daima parçaların organik yapı ya da fonksiyonlarının ilişkilerine dayanan düzenli bir dağılım" ortaya koyar.[17]

Algılananda, tablonun naif geometrik mimarisinin sağlayamadığı bu anlamlı tahlili, nihayet, *görünür bütünden, ifade edilebilir bütüne* bu eksiksiz ve kapsamlı geçişte karşılanmıştır.

---

[16] Ph. Pinel, *Nosographie philosophique*, giriş, s. III.

[17] *A.g.e.*, s.III-IV.

Semptomun belirtiye dönüşmesine ve hastadan hastalığa, özelden kavramsala geçişe izin veren, tanımlamadır ya da daha çok dilin tanımlamaya içkin doğumudur. Ve patolojik vakaların rastlantısal alanıyla, bu olayların, gerçekliklerinin düzenini biçimlendirdikleri pedagojik nüfuz alanı arasındaki bağ, tanımlamanın kendiliğinden üstünlükleri aracılığıyla bu noktada düzenlenir. Tanımlamak, klinik tablolar tasnifini takip etmektir, fakat bununla birlikte bu belirtilerin üremelerindeki anlaşılabilir sıralanmayı takip etmektir; aynı zamanda hem görmek hem bilmektir, çünkü görülen dile getirildiğinde, bilgide kendiliğinden bütünleşir; bununla birlikte görmeyi öğrenmektir, çünkü görünene hâkim olan bir dilin anahtarını teslim etmek anlamına gelir. Condillac ve haleflerinin bilimsel bilginin ideali olarak kabul ettiği sağlam bir dil, bazı hekimlerin[18] müzakeresiz ve aceleyle yaptığı gibi, üstünde düşünülmüş bir dil lehinde değil, hem tanımladığı şeylere hem de bunları tanımladığı dille ölçülen o *ölçülü dil* lehinde olmalıdır. Demek ki, tıp dilindeki bir aritmetik yapı rüyası yerine, uygunluk ve kararlılıktan ibaret olan ve semantik değerlerin dikkatli kullanımı çerçevesindeki titizlik ve şeyler üzerine ilk ve mutlak açıklıktan oluşan belli bir içsel ölçüm araştırması ikame edilmelidir. "Olguları tanımlama sanatı tıbbın yüce sanatıdır: Onun yanında her şey solgun kalır."[19]

Saf Dil mitine dönüşecek olan büyük saf Bakış miti kendisini, klinik düşüncenin parçalarının kendi yöntemlerini ve bilimsel normlarını tanımlamak için gösterdiği bütün çabaların üstünde tutar: Konuşacak olan göz. Bu göz, hastane alanındaki özel vakaların her birini kabul edip biriktirerek, o hastane alanının tamamına yönelecek ve gördüğü ölçüde, daha çok ve daha iyi gördüğü ölçüde, açıklayan ve öğreten söz halini alacak; bakışı altındaki vakaların tekrarlanması ve uyumuyla belirlenecek hakikat, bilmeyenlere ve henüz görmemiş olanlara, yine bakış aracılığıyla ve aynı düzen çerçevesinde öğretim biçiminde saklanacaktır. Bu ko-

[18] Bkz. *Supra* (bundan önceki kısımlara bkz.), VI. Bölüm.

[19] Amard, *Association intellectuelle*, (Paris, 1821), I. Cilt, s.64.

nuşan göz, vakaların [*şeylerin*] kulu ve hakikatin efendisi olacaktır.

Tümüyle açık bir bilime ve pratiğe ilişkin devrimci düşün ardından, mevcut temaların nasıl olup da belli bir tıbbî ezoterizmin çevresinde yeniden oluşabildiği anlaşılmaktadır: Görünür bundan böyle sadece, dil bilindiği için görülür; vakalar [*şeyler*], sözcüklerin kapalı dünyasına nüfuz eden şeye sunulmuştur, dolayısıyla sözcüklerin şeylerle iletişim kurabilmelerinin nedeni, dilbilgisi içindeki bir kurala uymalarıdır. Bu yeni ezoterizm, Moliere'nin hekimlerine Latince konuşturan ezoterizmden, yapı, anlam ve kullanım bakımından farklıdır. O zamanlar mesele, sadece anlaşılmamak ve dilsel ifade düzeyinde bir meslek birliğine ait imtiyazların muhafazasıydı, artık doğru bir sentaktik kullanımla ve dili çatallı bir semantik tanımayla, olaylarla ilgili kullanmaya hazır bir ustalık edinilmeye çalışılmaktadır. Klinik tıpta tanımlama, saklı ya da görünmez olanı, ona ulaşamayanların erişebileceği bir yere getirmek anlamına değil, herkesin görmeden gördüğünü dillendirmek ve bunu sadece gerçek söze alışmış olanlar için yapmayı içerir. "Böylesine hassas bir meselede bazı talimatlar verilse de, tanımlama daima çoğunluk menzilinin ötesinde kalacaktır."[20] İşte, teorik yapılar düzeyinde bir kez daha karşılaştığımız öğretme teması çerçevesini aynı dönemin kurumsal biçimlerinde zaten buluyoruz:[21] Klinik deneyin tam kalbindeyiz – şeylerin kendi hakikatlerinde *hastalığa özgü belirtilerin kendini gösterme* biçimi, şeylerin hakikatini öğrenme biçimi. Bu, Bouillaud'un tam kırk yıl sonra kendiliğinden apaçık bir bayağılıkla dile getireceği şeydir: "Tıbbî klinik, ya bir bilim, ya da tıbbı öğretme yolu olarak düşünülebilir."[22]

Dinleyen bir bakış ve konuşan bir bakış: Klinik deney, sözle gös-

[20] Amard, *Association intellectuelle*, I, s.65.

[21] Bkz. *Supra*, V. Bölüm.

[22] Bouillaud, *Philosophie medicale* (Paris, 1831), s.244.

teri arasındaki bir denge ânını temsil eder. Bu denge başka bir şeye tâbidir, çünkü şaşırtıcı bir postulata dayanır: *Görünür* olan her şey *ifade edilebilir*dir ve *tamamen ifade edilebilir* olması nedeniyle de *tamamen* görünürdür. Sonuç olarak, böyle bir postulata sadece titiz bir mantıkla geliştirilmiş olan tutarlı bir bilim yol açabilir. Fakat görünür olanın ifade edilebilir olana tam olarak çevrilebilmesi, klinikte temel bir ilkeden ziyade, bir gereklik ve bir sınır olarak kalmıştır. Toplam *tanımlanabilirlik* şimdiki ve sürekli geri çekilen bir ufuktur; temel bir kavramsal yapı olmktan çok, bir düşüncenin hayalidir.

Bunun basit bir tarihsel nedeni vardır: Klinikte epistemolojik model olan Condillac mantığının, görünür ve tanımlanabilir olanın tam bir denklikte yer alacağı bir bilime izin vermemesi. Condillac felsefesi, ilk izlenimin tahlilinden, yavaşça belirtilerin işlemsel mantığına, bu mantıktan da, hem dil hem düşünme sürecini içerecek bir bilgi yapısına kaymıştır. Bu üç düzeyde ve her birinde de değişik anlamlarla kullanılan *unsur* nosyonu, tüm bu düşünme süreci boyunca, belirli ve tutarlı bir mantıksal yapısı olmayan, müphem bir kesintisizlik sağlar. Condillac asla evrensel bir unsur teorisi – bu unsur algısal, dilbilimsel ya da hesaplanabilir de olsa – türetmemiş, işlemlerin iki mantığı arasında tereddütsüz salınıp durmuştur: Oluş mantığı ve düşünme sürecine dayalı mantık. Tahlilin ikili tanımı bundan kaynaklanır: Karmaşık düşünceleri "onları oluşturan basit düşüncelere indirgemek ve kuşaklarının gelişimini takip etmek"[23] ve hakikati, "bir tür hesapla, yani kavramları amaçlanan keşiflere en uygun yolla kıyaslamak için, bileştirerek ve bileşenlerine ayırarak aramak."[24]

Bu anlam belirsizliği klinik yöntemi etkilemiş, ama yöntem, Condillac'ın evrimine tamamen zıt yöndeki zihinsel bir "eğilimle" hareket etmiştir: Başlangıç noktasıyla bitiş noktasının koşuldan koşula tersine dönmesi.

Klinik yöntem yeniden, düşünme sürecinin zorunluluğundan

---

[23] Condillac, *Origine des connaissances humaines*, s.162.

[24] *A.g.e.*, s.110.

oluşturmanın üstünlüğüne döner; görünür olanın tanımlanabilir olana denkleme postulatını, kesin ve evrensel bir *tahmin edilebilirlik*le tanımlamaya çalıştıktan sonra, bu postulata bütün ve kapsamlı bir *tanımlanabilirlik* anlamına sebep olur. Temel işleyiş artık birleştirilebilirliğe dayalı bir mesele değil, fakat sentaktik suretli bir maddedir. Brulley'in tahliliyle kıyaslanırsa, Condillac'ın genel yaklaşımını ters yönde ve yeniden değerlendiren bu hareketin en tipik tanımını Cabanis'in düşüncesinde buluruz. Bu hareket, "kesinliği, istenildiği kadar olasılığa parçalanabilen bir bütün olarak değerlendirmek" ister: "parçanın bütünden ayrı olması gibi, olasılık da kesinliğin ayrı bir parçası, bir derecesidir,"[25] o halde tıbbî kesinlik, olasılıkların kombinasyonuyla sağlanmalıdır. Brulley, meselenin kurallarını saptadıktan sonra, bu konuya getirilen ve kendisinin de kaygı duyacağı açıklamalar karşısında, daha ünlü bir hekimin de çok ileri gidemeyeceğini ifade eder.[26] Sözü edilen bu daha ünlü hekim elbette ki Cabanis'tir. Oysa *Tıp Devrimleri*'nde bilimin kesin biçimi bir tür hesapla değil, değerleri esasen anlamlı olan bir düzenlemeyle tanımlanmıştır; olasıdan kesine ilerlerken bir hesap yapmak değil, algılanan unsurdan söylemin tutarlığına ilerlemek için bir sentaks belirlemek söz konusudur. "Öyleyse, bir bilimin teorik parçası, sınıflandırmadaki sıralamanın ve bu bilimi oluşturan olgular bütünü arasındaki ilişkilerin basit açıklaması olmalıdır, âdeta içini sıkıp boşaltan bir özet anlatım olmalıdır."[27] Ve şâyet Cabanis, tıbbın inşasında olasılık hesabına bir alan açmışsa, bunu sadece başka unsurlar gibi, bilimsel söylevin inşasındaki bütünde yer alan bir unsur sıfatıyla yapmıştır. Brulley, kendini *hesaplar dili* düzeyinde konumlandırmaya çalışmıştır; Cabanis bu son metinden boşuna alıntı yapıyordu; düşüncesi, Bilgilerin Kaynağı Üzerine Deneme'yle [*Essai sur l'origine des connaissances*] epistemolojik olarak aynı yere tutunmuştur.

---

[25] C.-A. Brulley, *Essai sur l'art de conjecturer en medecine*, s.26–27.

[26] *A.g.e.*

[27] Cabanis, *Coup d'œil sur les Revolutions et la réforme de la medecine*, Paris, 1804, s.271.

Şeylerin hareketsiz olacağı ve bu düzeyde, anlatılabilirin sentaktik kuralları ve görünürün bileşimleri arasında sorunsuz bir dengenin –ve bu kuşağın tüm klinikçileri buna inanmıştır– mümkün olduğu düşünülebilir. Görmenin, söylemenin ve görmeyi öğrenmenin, ne görülüyorsa onu söyleyerek dolaysız bir saydamlık içinde iletişim kurduğu kısa bir iyi hissetme dönemi; yarının olmadığı altın çağ: Deney, haklı olarak bilimdir; ve "bilmek"le "öğrenmek" aynı yolda adımlamaktadır. Bakış, ikinci ve ayrımsız bir söylev olarak yeniden oluşturmayı hedeflediği açık sözü ve hiç zorlanmadan biriktirdiği metni, bağımsızca okumaktadır: Görünürün verdiği bu söz, hiçbir şeyi değiştirmeden görülmeyi bekler. Bakış, kendi algı alanına bizzat dâhil etmiş olduğu görünürlükle ilgili yapıları, kendi bağımsız uygulamasında yeniden ele almaktadır.

Fakat bu genelleştirilmiş şeffaflık formu, dilin ya da en azından onun hem temeli hem savunması hem de duyarlı aracı olan bünyesini saydam olmayan bir hale getirir. Condillac Mantığı'nda da gerçekleşen bu eksiklik, aynı zamanda alanı maskeleyen bir dizi epistemolojik mite açılır. Fakat bu mitler zaten, görünürlüğün yoğunlaşıp bulanıklaştığı, bakışın anlaşılmaz kitlelerle, nüfuz edilemez durumlarla ve bedenin uğursuz çekirdeğiyle yüzleştiğinde, kliniği daima yeni uzamlara bağlamaktadır.

1. *Bu epistemolojik mitlerin ilki hastalığın alfabetik yapısına ilişkindir.* — Alfabe, XVIII. yüzyıl sonuna gelindiğinde dil bilgisi uzmanları tarafından tahlilin ideal şeması ve bir dilin ayrışmasının son biçimi olarak kabul edildi; bu olgu dilin öğretilmesinin yolunu oluşturmuştur. Mevcut alfabe fikri temel bir değişikliğe uğramadan klinik bakışın tanımına aktarılmıştır. Gözler önüne sermek gereken ve bir geri dönemezliğin ötesinde gözlenebilirliği mümkün en küçük parça, bir hastadan ya da daha ziyade bir hastadaki semptomdan edinilen tekil izlenimdir; bu belirtiler kendi başına bir şey ifade etmese de, diğer unsurlarla uyum sağladığında anlam ve değer kazanacak, dile gelecektir: "Söylev için harf ve sözcükler neyi ifade ediyorsa, bilim için de özel, yalıtılmış gözlemler aynı şeyi ifade eder; söylev sadece, iyi ve pratik

kullanımından önce mekanizmasının ve değerinin çalışılması ve incelenmesi gereken harf ve sözcüklerin toplanmasıyla oluşur; gözlem için de aynı şeyler söz konusudur."[28] Hastalığın bu alfabetik yapısı sadece, ötesine "geçilemeyen" unsurun her zaman aşılacağına ilişkin güvence vermez; aynı zamanda bu sonlu unsurların sayısı konusunda da güvence verir. Farklı ve görünüşte sonsuz olan şeyler, ilk izlenimler değil, bu izlenimlerin tek ve aynı hastalıktaki birleşimleridir: Tıpkı "dilbilimcilerin ünsüz olarak nitelediği az sayıdaki değişiklik, duygunun ifadesine düşüncenin açıklığını" vermek için yeterliyse, patolojik fenomenler için de aynı şey söz konusudur: "Her yeni hastalıkta yeni olgularla karşılaşıldığı düşünülür, fakat bunlar diğer birleşimlerden başka bir şey değildir. Temel fenomenler patolojik durumda her zaman az sayıda bulunur... Bu fenomenlerin ortaya çıkış sıraları, önemleri ve çeşitli ilişkileri, tüm hastalık çeşitlerinin görünmesi için yeterlidir."[29]

2. *Klinik bakış, hastalığın varlığı üzerinde adcı bir indirgeme gerçekleştirir.* — Harflerden oluşan hastalıkların, kompozisyon düzeni dışında gerçeği yoktur. Son tahlilde çeşitlilikleri, birkaç basit özgünlükteki değişikliğe atıfta bulunur ve bunlar üzerine kurulabilecek olan her şey, Ad'dan ibarettir. Ve ad çifte anlamdadır: Adcıların soyut ve genel varlıkların maddî gerçekliğini eleştirirken kullandığı anlamda ve hastalığın varlığına dair kompozisyonun dilbilimsel tipte olması nedeniyle ve bir dil felsefesine daha yakın olan bir diğer anlamda. Hastalık, birevsel ve somut varlık nezdinde sadece addan ibarettir; kendisini oluşturan yalıtılmış unsurlarla kıyaslandığında, sözlü bir adlandırmanın mimarisindeki bütün titizliği içerir. Bir hastalığın özünün ne olduğunu sormak, "bir sözcüğün özündeki doğayı sormak demektir."[30] Bir insan öksürür; kan tükürür; solunumda zorlanır; nabız atışları hızlı ve serttir; ateşi yükselir: Birçok dolaysız izlenim, birçok harf.

---

[28] F.-J. Double, *Semeiologie generale* (Paris, 1811), I. Cilt, s.79.

[29] Cabanis, *Du degre de certitude*, 3. baskı, (Paris, 1819), s.86.

[30] *A.g.e.*, s.66.

Hepsi birleşince bir hastalığı, akciğer zarı iltihabını meydana getirir: "Peki akciğer zarı iltihabı nedir?.. Akciğer zarı iltihabı, kendisini oluşturan bu olayların bir araya gelmesidir. Zatülcenp [akciğer zarı iltihabı] sözcüğü ise, bütün olup bitenlerin sadece daha kısaltılmış bir biçimde söylenmesidir." "Zatülcenp" sözcüğünün kendisi sözcük olmaktan daha fazla bir anlam içermez; "zihnin bir soyutlamasını ifade eder"; fakat sözcük olarak, iyice tanımlanmış bir yapıdır, "içinde bütün ya da hemen hemen bütün olayların birleşmiş olduğu" çoklu bir figürdür. Bunlardan "biri ya da birçoğu eksik olursa, akciğer zarı iltihabı olmaktan, en azından gerçek zatülcenp olmaz artık."[31] Hastalık, ad olarak varlıktan mahrumdur, ama sözcük olarak, bir düzenlenmesi vardır. Var oluşun adcı indirgemesi, durağan bir hakikati açığa çıkarmaktadır. İşte bu nedenle:

3. *Klinik bakış, patolojik fenomenlere ilişkin kimyasal tipte bir indirgeme gerçekleştirir.* — XVIII. yüzyıl sonuna kadar, nozografların bakışı bir bahçıvan bakışıdır; görünümlerin çeşitliliği çerçevesinde özgül özün tanınması gerekmektedir. XIX. yüzyıl başında, başka bir model çıkar ortaya: Bu model, bileşendeki unsurları yalıtarak kompozisyonu tanımlamaya, ortak noktaları, diğer bütünlerle olan benzerlikleri ve farkları ortaya koymaya ve böylece özgül örnekler yerine, ilişki biçimlerine dayanan bir sınıflandırma yapmaya imkân tanıyan, kimyasal işlem modelidir. "Nozolojistlerin, botanikçilerin örneğini izlemek yerine, kimyager–mineralogların sistemlerini model almaları, kısaca hastalık unsurlarını ve bunların en sık görülen kombinasyonlarını sınıflandırmakla yetinmeleri gerekmez miydi?"[32] Klinikte uygulanan ve daha önce, yarı dilbilimsel, yarı matematiksel bir anlam yüklediğimiz tahlil nosyonu,[33] artık kimyasal bir anlamlandırmaya doğru hareket edecek: Ufkunda, saf bedenlerin yalıtılması ve kombi-

[31] *A.g.e.*, s.66.

[32] Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliquee au perfectionnement de la medecine*, s.135.

[33] Bkz. *Supra*, VI. Böl.

nasyonlarının tasviri olacaktır. Birleştirilebilirlik temasından sentaks temasına ve sonunda da kombinasyon temasına geçilmiştir.

Ve bir karşılıklıkla, klinikçinin bakışı, kimyasal yanmadaki ateşin fonksiyonel eş değeri olacaktır; fenomenlerin asıl saflığı ancak onunla ortaya çıkabilir: O, gerçeklerin ayırıcı failidir. Ve nasıl tüm yanmalar, sırlarını ateşin canlılığı içinde ortaya döküyorsa ve ateş bir kez söndükten sonra eylemsiz tozlardan kalanları, *caput mortuum*'u[s] incelemek nasıl gereksizse, gerçekliğin de kendini gösterdiği yer, sesin eylemi ve fenomenleri baştan sona aydınlatan canlılıktır. "Hekim için, hastalıktaki yanmanın kalıntısı değil, yanmanın türünün ne olduğu önemlidir."[34] Klinik bakış, şeyleri en uç hakikatlerine kadar yakan bakıştır. Bu bakışın gözlemindeki dikkat ve açıklamasındaki hareket, sonunda, yakıp kül eden bu paradoksal eylemde yeniden ele alınmıştır. Bakışın, eski haline getirmek amacıyla söylevini kendiliğinden kavradığı o gerçek, kendisine sanıldığı kadar yeterli değildir: Onun hakikati, örtük bir yapının özgürleşmesini içermesi nedeniyle, bir okumadan fazla bir şey olan bir ayrışmada verilidir. O andan başlayarak, kliniğin yapması gerekenin, sadece görünürü basitçe okumak değil, aynı zamanda gizleri keşfetmek olduğu anlaşılır.

4. *Klinik deney, hassas bir duyarlıkla özdeşleşir.* — Klinik bakış, fenomenlerin görünümlerinin örttüğü özlerin değiştirilemez saflığını algılayabilen entelektüel bir gözün bakışı değildir. O somut duyarlığın bakışıdır, bedenden bedene gidip gelen bir bakıştır ve izlediği yol, hastalığa özgü duyumsanır belirtiler, belirtinin mekânında yer alır. Klinik için her hakikat, duyumsanabilir hakikattir; "hasta yatağının başucundaki teori, yerini gözlem ve deneye bırakmak üzere ya tamamen susar ya da aradan çekilir; evet, gözlem ve deney, duyularımızın ilişkisine dayanmazsa neye dayanacaktır? Ve bu sâdık rehberler olmadan bunlar ne olur?"[35] Şâyet bu

---

[s] Simyacıların kullandığı ölü kural anlamında, yürürlükte olsa da uygulanmamış yasalar için kullanılır.–*y.n.*

[34] Amard, *Association intellectuelle*, II. Cilt, s.389.

[35] Convisart, Auenbrugger'in çevirisine önsöz, *Nouvelle methode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine* (Paris, 1808), s. VII.

bilgi, duyuların dolaysız kullanımı düzeyinde, hemen ortaya çıkmayıp, derinlik ve üstünlük kazanabilirse, bu kendisinden başka bir unsura erişmesine izin verecek olan bir eşitsizlik değil, kendi nüfuz alanına içsel bir hâkimiyet sayesindedir. Bilgi daima, sadece kendisindeki saf duyumsallık düzeyinden ibaret olan düzeye kadar derinleşir; çünkü duyu daima ve sadece duyudan ortaya çıkar. O halde, "çoğunlukla böyle engin ve sağlam bir öğretimi kapsayan bir bilgiye hekimin göz atması nedir? Şâyet duyuların sık görülen, yöntemli ve titiz kullanımının sonucundan değilse, bütün eylemlerin eş zamanlı gibi görünmesine ve bütünüyle değerlendirildiğinde, "dokunma" adı altında ortaya çıkan bu uygulama kolaylığı, anlatımdaki bu çabukluk, zaman zaman karardaki kendine güvenen çabukluk nereden kaynaklanır?"[36] Böylece, yine de bir hastane nüfuz alanıyla bir pedagojik nüfuz alanının birleşmesini ve bir olasılık alanıyla gerçeğin dilbilimsel yapısının tanımını içeren bilginin mevcut duyumsallığı, dolaysız duyarlığın bir övgüsüne indirgenmiştir.

Tahlilin her boyutu, sadece bir estetik düzeyinde harekete geçer. Fakat bu estetik, sadece her hakikatin özgün biçimini tanımlamaz, aynı zamanda uygulama kurallarını da tayin eder, ve bir sanatın ölçütlerini de tayin eden ikinci bir düzeydeki estetik olur. Duyumsanabilir *hakikat*, artık bizzat duyulardan çok, *titiz* bir duyarlığa açıktır. Kliniğin bütün karmaşık yapısı, bir sanatın saygın çabukluğu olarak özetlenir ve karşılanır: "Tıpta her şeyin ya da neredeyse her şeyin, bir göz atışa ya da yerinde bir içgüdüye bağlı olması nedeniyle kesinlikler, sanatın ilkelerinden ziyade bizzat sanatçının duyumlarında bulunur."[37] Tıbbî bakışın teknik donanımı, sağduyu, tecrübe ve beceriklilik nasihatlarına dönüştürülmüştür: Gerekli olan "büyük bir kavrayış", "büyük bir dikkat", "büyük bir hassaslık", "büyük bir beceri", "büyük bir sabırdır."[38]

Bu düzeyde, bütün yapılar çözülür ya da aslında, klinik *bakışın* özünü oluşturan kurallar, azar azar ve gözle görülür bir dü-

[36] Corvisart, *a.g.e.*, s.X.

[37] Cabanis, *Du degre de certitude*, 3. B., 1819, s.126.

[38] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (Paris, 1807), s.87–99.

zensizlik içinde, yerlerini *göz atışı* oluşturacak kurallara bırakır. Ve bunlar gayet farklıdır. Aslında bakış, açık bir alanı işaret eder ve onun asıl etkinliği birbirini takip eden bir okuma düzenidir: Kaydeder ve bütünleştirir; içkin düzenlemeleri derece derece yeniden düzenler; şimdiden dilin dünyası olan bir dünyaya yayılır ve bu nedenle işitme ve sözle kendiliğinden ilişkilenir; *Söylemenin* iki temel görünümünün (söylenmiş olan ve söylenen) imtiyazlı telâffuzu olarak gelişir. Ama göz atış, bir alanı tarama değildir: Merkez ya da belirleyici bir noktaya çarpar; bakış durmadan varoluş tarzını inceler, göz atış ise nesnesine dümdüz gider. Göz atış bir hat boyunca seçtiği özün ayrımını yapar aniden; dolayısıyla gördüğünün ötesine geçmektedir. Duyumsanabilirin dolaysız formları onu yanıltmaz, çünkü onları kat etmeyi bilir; özü gereği onu aydınlığa kavuşturur. Şâyet aşırı kusurları etkileyebiliyorsa, bu yok etmek içindir, bu dağıtmak içindir, bu görünümü söküp atmak içindir. Dilin kötüye kullanımlarında sorumluluk kabul etmez. Göz atış, ele verirken işaret edip gösteren bir parmak kadar sessizdir. Göz atış, *temasın* sözel olmayan usulüdür, muhtemelen ideal temas saftır, fakat temas, zahmetsizce katetmesi ve şeylerin altındakilerin daha ötesine gidebilmesi nedeniyle daha *dikkat çekici*dir. Klinik göz, kendi ölçütünü ve epistemolojik yapısını tayin eden yeni bir duyuyla benzerliğini keşfeder; bu, bir konuşmaya yetişmeye çalışan kulak değil, derinlikleri yoklayıp muayene eden işaret parmağıdır. İşte hekimlerin durmaksızın, göz atışın anlamını tanımlayacakları *dokunma* metaforunun nedeni budur.[39]

Ve klinik deneyim, tam olgunun kendisi aracılığıyla daha önce açılan yeni mekânı görür: Tabiî bedenin elle tutulur mekânıdır, kökenlerde saklanan o gerçek bilinmeyenin, görünmez lezyonların ve o saydamsız kitledeki gizemlerin mekânı. Semptomlar tıbbı, organlar, yerleşimler ve nedenler tıbbının karşısında, tamamen patolojik anatomiye uygun olarak düzenlenmiş olan bir kliniğin karşısında en sonunda ortadan kalkıncaya dek, derece derece geri çekilecektir. Bichat'ın vakti gelmiştir.

---

[39] Corvisart, daha önce adı geçen metin, s.122.

8
birkaç kadavra açın

Tarihçiler yeni tıbbî ruhu, oldukça zamansız dönemde patolojik anatominin keşfine bağladılar; bu patolojik anatominin, tıbbî ruhun temel unsurlarını tanımladığı, onunla hem örtüştüğü ve hem de içerdiği, onun hem en canlı ifade biçimi hem de en derin sebebiymiş gibi görünmesinden kaynaklanıyordu; tahlilin yöntemleri, klinik muayene, dahası okulların ve hastanelerin yeniden düzenlenmesi, hepsi de anlam biçimlerini âdeta patolojik anatomiden türetmişlerdir. "Fransa'da tıp alanında tamamıyla yeni bir dönem başlamıştır...; fizyolojik fenomenlere uygulanan tahlil, İlk Çağ âlimlerinin yazılarına hayranlık, tıpla cerrahlığın birleşmesi ve klinik okulların düzenlenmesi, patolojik anatominin ilerlemeleriyle karakterize olan şaşırtıcı devrimi oluşturmuştur."[1] Patolojik anatomi, bilginin son aşamasına kendi pozitifliğinin temel ilkelerini de beraberinde taşıyarak tuhaf bir imtiyaz elde etmiştir.

Bu kronolojik tersliğin sebebi nedir? Zaman, başlangıçta yolunu açarak, doğrulayarak kapsadığı rotayı, niçin ancak yolun sonunda teslim eder? Aynı açıklama yüz elli yıl boyunca tekrarlanmıştır: Tıp, kendisini bilimsel olarak kuran şeye ancak büyük bir

[1] P. Rayer, *Sommaire d'une histoire abregée de l'anatomie pathologique* (Paris, 1818), giriş., s.V.

engelin, kadavraların açılmasına karşı çıkan din, ahlâk ve inatçı yargılar engelinin çevresinden yavaşça ve ihtiyatla dolaşarak erişebilmiştir. Patolojik anatomi, yasağın sınırlarındaki varlığını sadece gölgeler içinde sürdürmüş ve bunu da, saklaması nedeniyle beddualar edilen bilgilerinin cesaretli tutumu sayesinde yapabilmiştir; kesip parçalara ayırma işlemi ancak alacakaranlık saatlerinde ve ölülerin yarattığı büyük korku içinde yapılabilmektedir: Valsalva, "seher vakti ya da gece yaklaşırken" "yaşamın ve ölümün gelişimini acele etmeden incelemek için mezarlıklara bir hırsız gibi sızıyordu"; yeri geldiğinde Morgagni'nin de "mezarları kazıp ince cerrah bıçağını tabuttaki çıplak kadavralara sapladığı"na rastlanmıştır.[2] Sonra Aydınlanma zuhur eder; ayrıca aklın aydınlık idrakının yetkilisi olan ölüm, felsefî düşünce nezdinde bir bilgi nesnesine ve kaynağına dönüşür. "Kendi meşalesini uygar halkların orta yerine taşıyan felsefenin, insan bedeninin cansız kalıntılarına araştırmacı bir bakış yöneltmesine nihayet izin verilmiş ve daha dün kurtçukların değersiz yemi olan bu kalıntılar, en faydalı hakikatlerinin verimli kaynağı haline gelmiştir."[3] Kadavranın katışıksız yapısal dönüşümü: Donuk bir saygının çürümeye, yıkımın karanlık çalışmasına mahkûm ettiği kadavra, yalnızca açıklamak amacıyla bozucu olan davranışın cesaretinde, hakikatin biçimlerindeki en açık an olur. Larvanın biçimlenerek dönüştüğü yerden artık bilgi oluşmaktadır.

Bu yeniden düzenleme tarihsel olarak yanlıştır. XVIII. yüzyılın ortalarında, Morgagni ve ondan birkaç yıl sonra da Hunter, otopsi yaparken hiç zorluk çekmemişlerdir. Hunter'in biyografisinde anekdot özelliğinde anlatılan çatışmalar, ilkesel bir karşıtlığın işareti değildir.[4] Viyana Kliniği'nde 1754'ten beri, Tissot'un düzenlediği ve Pavie'ninkine benzer bir anatomizasyon odası

---

[2] Rostan, *Traite elementaire de diagnostic, de pronostic, d'indications therapeutiques* (Paris, 1826), I. Cilt, s.8.

[3] J.-L. Alibert, *Nosologie naturelle* (Paris, 18179, giriş, I, s. LVI.

[4] Bkz. l'histoire de l'autopsie du geant, D.Ottley'in içinde, Vie de John Hunter, *Œuvres completes de* J. Hunter'in içinde (Paris, 1839), I. Cilt, s.126.

vardır; Desault, *Hôtel-Dieu*'de, "tıp sanatını yararsız kılan bozulmaları ölü beden üzerinde serbestçe gösterebilmektedir."[5] Marly kararnamesinin 25. maddesini hatırlamak yeterli olacaktır: "Hastanelerin üst düzey görevlilerinden ve yöneticilerinden, uygulamalı anatomi dersleri vermeleri ve cerrahî işlemleri öğretmeleri için, öğretmenlere kadavra sağlamalarını talep edelim."[6] Demek ki XVIII. yüzyılda ne kadavra kıtlığı, ne soyulan mezarlar, ne de şeytana tapınma âyinlerinin sergilendiği anatomi uygulamaları söz konusuydu; anatomizasyon, rahatça yapılabilmektedir. Tarih, XIX. yüzyılda yaygın olan ve Michelet'in bir mit boyutu kazandırdığı bir yanılsamayla, Orta Çağ'ın son yıllarının renklerini Eski Rejim'in sonuna yüklemiş, Rönesans'ın kafa karıştırıcı altüst oluşlarını *Aufklarung* sorunları ve tartışmalarıyla karıştırmıştır.

Bu yanılsama, tıp tarihinde belli bir anlam taşımakta ve geçmişi kapsayan bir savunma fonksiyonunu yerine getirmektedir. Eski inançların uzun bir zaman boyunca böyle bir yasaklama gücünü içermesinin nedeni, hekimlerin bilimsel iştahlarının temelindeki kadavra açma ihtiyacının bastırılmışlığıdır. Yanlışın temeli ve yanlışın durmaksızın tekrarlanmasına yol açan sessiz sebep burada yatar: Lezyonların semptomları açıkladığı ve kliniğin patolojik anatomi üzerine kurulduğu bir kez kabul edildikten sonra, başkalaştırılmış bir tarih talebi zorunlu hale geldi; dolayısıyla nihaî olarak kadavraların en azından bilimsel gereklilikler sıfatıyla açılması, pozitif olan hasta gözleminden önce gelmelidir. Ölüyü tanıma ihtiyacı, canlıyı anlama kaygısı belirdiği ânda var olmalıdır. Demek ki, düzenli, yetkilendirilmiş ve gündüz yapılan otopsi pratiğinin kendisi ortaya çıkmadan önce, kliniğin saklanmış ruhuna yol açacak olan bir ruh çağırma olarak anatomizasyon, militan ve çilekeş bir anatomi kilisesi tarafından hiç yoktan tasarlanmıştı.

Fakat kronoloji öyle kolayca esnetilebilir değildir: Morgagni *De sedibus* adlı eserini 1760'ta yayımlamış ve Bonet'in *Sepulch-*

---

[5] M.-A. Petit, Eloge de Desault (1795), *Medecine du cœur*'in içinde, s.108.

[6] Bkz. Gilibert, *a.g.e.*, s.100.

retum adlı eseri aracılığıyla Valsalva'dan başlayan büyük gelenekteki yerini almıştı; Lieutaud 1767'de eseri özetlemişti. Kadavra, tıp alanının bir parçasıydı ve bu durum din ya da ahlâk vasıtasıyla olsa bile itiraz kabul etmezdi. Lâkin, kırk yıl sonra Bichat ve çağdaşları, patolojik anatomiyi gölgelenmiş bir sonun ötesinden *yeniden keşfettikleri* duygusuna kapılmışlardı. Morgagni'nin metni ve Auenburger'in keşfi ile Bichat ve Corvisart'ın bu bilgileri kullanması arasındaki kırk yıllık dönem, klinik yöntemin biçimlenmesine tanık olunan yıllar olmasına rağmen bir gecikme dönemi olarak kabul edilmelidir. Burası eski hatıraların varlığını sürdürebildiği değil, ama baskılama noktasının durduğu yerdir: Hastalığa özgü belirtilere, tekrarlara ve kronolojilere yönelik tarafsız bir bakış olarak, semptomları ilişkilendirmek ve onların dilini kavramakla ilgilenen, ama bununla birlikte belli bir zamana ait olamayan sessiz bedenlerin incelenmesine yabancı olan klinik yapı, nedenler ve yerelliklerle de ilgilenmiyordu: Klinik coğrafyayla değil tarihle ilgileniyordu. Anatomi ve kliniğin önemsedikleri birbirine benzemiyordu: Şimdi anatomi ile kliniğin ayrılmayacak biçimde bağlantılı olduğunu düşünen ve daima böyle sanan bizlere garip görünebilir, ama tıbbın Morgagni'nin dersini dinlemesini kırk yıl boyunca klinik düşünce engellemişti. Çatışma, genç bir bilgi gövdesiyle eski inançlar arasında değil, iki bilgi tipi arasındaydı. Patolojik anatominin klinikte tekrar kabul görmesinden önce, karşılıklı bir anlaşma gerekmişti: Bir tarafta yeni coğrafî hatlar konusu, öte tarafta zamanı okumanın yeni bir yolu konusu. Bu ihtilaflı anlaşmaya uygunluk çerçevesinde, yaşayan ve belirsiz hastalığın bilgisi, ölünün beyaz görünürlüğüyle hizalanmış olacaktır.

Ama Bichat için Morgagni'yi tekrar okumak, henüz kazanılmış olan klinik deneyden kopmayı içermez. Tam aksine, klinikçilerin yöntemine sadakat ve daha ötede Pinel'le paylaştığı nozolojik bir sınıflandırmayı temellendirme endişesine esas olan şey, yerinde kalır. Paradoksal olarak, *De Sebidus*'ün sorularına dönüş, semp-

tomların gruplandırılması ve hastalıkların düzenlenmesi meselesindeki temele dayandırılacaktır.

Morgagni'nin mektupları da, *Sepulchretum* ve XVII. ve XVIII. yüzyıldaki başka birçok kitap gibi, hastalıkları belirten semptomların ya da çıkış noktalarının yerel dağılımıyla belirlemiştir; anatomik dağılım, nozolojik tahlilin temel ilkesidir: İnme gibi, cinnet de kafa hastalıkları arasındadır; astım, plöropnömoni ve kan tükürme, üçü de göğüsle ilgili olduğu için yakın türleri oluşturur. Hastalıklı benzerlik, organik bir yakınlık ilkesine dayanmaktadır: Onu tanımlayan mekân yereldir. Sınıflandırmalar tıbbı, ardından da klinik, patolojik tahlili mevcut bölgecilikten koparmış ve ona düzenin, birbirini izlemelerin, örtüşmelerin ve eşbiçimliliklerin söz konusu olduğu, hem daha karmaşık hem daha soyut bir mekân kurmuştur.

Zarlar Üzerine İnceleme'nin [Traité des membranes] sonradan *Genel Anatomi*'de [Anatomie generale] sistematize edilecek başlıca buluşu, bedensel mekânı organlar içi, organlar arası ve organlar aşırı olarak yorumlama ilkesiydi. Anatomik unsur, uzamsallaşmanın temel biçimini tanımlamaktan ve bir benzerlik ilişkisiyle fizyolojik ya da patolojik temas yollarını yönetmekten çıkar; o artık, bir çevresini sarma, çakışma ve kalınlaştırma süreci sonunda oluşturduğu bir temel mekânın ikincil bir biçimi olmaktan fazla bir şey değildir. Bu temel mekân tamamen dokunun inceliği aracılığıyla tanımlanmıştır; *Genel anatomi* yirmi bir dokuyu numaralandırır: Hücre dokusu, hayvansal sinir dokusu, organik sinir dokusu, atardamar, toplardamar, kılcal damar dokuları, emici doku, kemik dokusu, ilik dokusu, bağ ve kıkırdak dokusu, lif dokusu, lifli kıkırdak dokusu, hayvansal kas dokusu, kas dokusu, mukoza zar [sümük doku], seröz [zar] doku, sinovya (mafsallardaki albüminli sıvı, –*ç.n.*), bez dokusu, alt deri, üst deri ve kıl. Zarlar, çoğu zaman aşırı inceliklerine rağmen, "bitişik bölümlerle birbirlerine sadece dolaylı düzenlenmeyle bağlanan" dokusal özelliklerdir.[7] Yüzeysel bir bakış onları çoğunlukla, ört-

[7] X. Bichat, *Traite des membranes* (Magendie'nin notlarıyla 1827 baskısı), s.6.

tükleri ya da tarif ettikleri organla karıştırır; kalp dış zarı ayrılmadan kalbin, plevra yalıtılmadan akciğerin anatomisi yapılmış; karın zarıyla mideye ait organlar birbirine karıştırılmıştır.[8] Fakat fonksiyonun ve bozuklukların karmaşıklığı anlaşılmak isteniyorsa, dokusal yüzeyler halindeki bu organik kütleler tahlil edilebilir ve hattâ edilmelidir. Sümüksü dokuyla kaplanan içi boş organlar, "serbest yüzeyi olağan biçimde nemlendiren ve bu organların yapısının içerdiği küçük bezlerin ürettiği sıvı"yla dolmuştur; kalp dış zarı, plevra, karın zarı ve örümceksi zar, "bu organları sürekli kayganlaştıran ve kan kitlesinden, solurken çıkarılan buharla ayrılan lenfatik sıvı birikiminin karakterize ettiği" seröz zarlardır; kemik dış zarı, sert zar, kas zarları, akderi "akışkan bir maddeyle nemlendirilmeyen" ve "tendonlara benzeyen beyaz lif zarlardan oluşur.[9]

Doğa, sadece dokular temelindeki son derece basit maddelerle çalışmaktadır. Dokular, organların unsurlarıdır, fakat bununla birlikte çapraz geçtikleri organlar arasında bağlantı kurar ve onlar üzerinde, insan bedeninin kendi bütünlüğünün somut biçimlerini bulduğu muazzam "sistemler" oluştururlar. Dokuların varlığı kadar çok sistem olacaktır: Sistemlerde, organların bitip tükenmeyen karmaşık kendine özgülüğü dağıtılır ve aniden basitleşir. Böylece doğa kendisini, "işleyişi her yerde tekbiçimli, ama sadece sonuçları değişkenlik gösteren, varolan birkaç genel ilkeyi bin bir türlü farklı değişiklikle kullanan, bu yolları boşa harcamayan, ama süregelen etkilerini savurganca kullanan" bir tarzda göstermektedir.[10] Organlar, dokular ve sistemler arasında, hem rolleri hem de düzensizlikleriyle, kendilerini üreten unsurlara ve ilgili oldukları gruplara ait, baştan sona göreceli basit fonksiyonel kıvrımlar olarak ortaya çıkar. Onların yoğunluğunu incelemek ve iki yüzeye yansıtmak gerekir: Zarlarının özel yüzeyi ve sistemlerin genel yüzeyi. Ve Bichat, Morgagni ve seleflerinin ana-

[8] *A.g.e.*, s.1.
[9] *A. g. e.*, s.6-8.
[10] *A.g.e.*, s.2.

tomisine hâkim olan 'organlara göre farklılaştırma' ilkesinin yerine, "dışsal yapının, hayatî özelliklerin ve fonksiyonların eş zamanlı özdeşliğine" dayanan dokulardaki eş biçimlilik ilkesini getirmiştir.[11]

Yapısal olarak çok farklı iki algı dâhil edilir: Morgagni, beden yüzeyinin altında, değişik biçimleriyle organlardaki hastalığı belirten yoğunlukları algılamayı, Bichat ise organik hacimleri, büyük homojen dokusal yüzeyleri, temel benzerliklerin bulunabileceği ikincil değişimlerdeki özdeşlik alanlarına indirgemeyi ister. Bichat, *Zarlar Üzerine İnceleme*'de [Traité des membranes], anatomik benzerliklerin genişlemesine uygun yapılan, organlardan çapraz geçen, onları sarmalayan, bölen, bileştiren ve ayrıştıran, inceleyen ve aynı zamanda *bağlayan,* çapraz bir beden okumasına zorlar. Bahsedilen, kliniğin Condillac felsefesinden ödünç aldığıyla aynı biçimdeki bir algıdır: Bütünlüğünü kaybeden doku ve organ biçimlerini gözden geçirip, kompozisyon yasalarını tanımlayan yöntemsel bir okuma yapmak, aynı zamanda evrensel olan unsurların örtüsünü kaldırmaktır. Bichat, tam anlamıyla analisttir: Muhtemelen tahlil'in tüm uygulamaları içinde, henüz geliştirilmemiş olan matematiksel modele en yakın olan, Organik *hacmin* dokusal mekâna indirgenmesidir. Bichat'ın gözü bir klinikçinin gözüdür, çünkü *yüzeysel bakışa* mutlak bir epistemolojik imtiyaz vermektedir.

Paradoksal biçimde, *Zarlar Üzerine İnceleme*'nin [Traité des membranes] kısa sürede hak ettiği itibar, onu klinik tahlil hattına yerleştiren ve esasen Morgagni'den ayıran bu edinimdir: Tabiî o, bu tahlile ek bir anlam taşımıştır.

Bichat'ın bakışı, klinik deneyin yüzeysel bakışı anlamındaki bir yüzeysel bakış değildir. Dokusal alan, patolojik vakaların algıya sunulduğu boş ve algılanamaz bir mekân değildir; bu alan hastalık fenomenlerinin ilişkilendirilebileceği algılanabilir alanın

[11] *A.g.e.*, s.5.

bir parçasıdır. Bichat sayesinde yüzeysellik, bu andan itibaren zarların gerçek yüzeylerinde cisimleştirilmeye başlanmıştır. Doku yayılmaları, kliniği tanımlayan yüzeysel bakışın algısal bağlılaşık biçimidir. Yüzey, kendi kökenini bulacağı tıbbî pozitivizmdeki gerçekçi bir kayma aracılığıyla, –şimdiye kadar olduğu– bir seyirci yapısı halinden, gözlenen figür haline dönüşür.

Patolojik anatomiye başlangıcında atfedilen görünüm budur: Hastalıkların açıklanması için nesnel, gerçek ya da en azından sorgulanabilir bir kaide: "Organlardaki marazi bir duruma dayanan bir nozografi zorunlu olarak değişmeden kalacaktır".[12] Aslında dokusal tahlil, genel patolojik kategorilerin Morgagni'nin coğrafi dağılımlarının ötesine yerleştirilmesine imkân tanımaktadır; organik mekân boyunca benzer tipteki gelişimi ve benzer yoğunluktaki semptomları içeren genel hastalık gruplarının ortaya çıktığı görülecektir: Kendisini yoğunluğuyla, tanecikli bozulmasıyla, beyazımtırak renkli saydamlığının kaybolmasıyla, bitişik dokulara yapışmasıyla tanıtan bütün seröz zar iltihapları. Ve geleneksel nozolojilerin daha genel sınıfların tanımıyla başlaması gibi, patolojik anatomi de, etkilenen organ ya da bölgeyi dikkate almadan "her bir sistemdeki ortak bozulmaların tarihiyle" başlayacaktır.[13] Daha sonra, dokuya uygun patalojik fenomenler aracılığıyla takip ettikleri varsayılan görünüşü, her sistem içinde iyileştirmek zorunlu olacaktır. Bütün seröz zarlarda aynı biçime sahip olan iltihap, bütün dokuları aynı kolaylıkla ele geçiremez, hepsinde aynı hızla gelişemez. Eksilen hassasiyet düzenine göre sıralama şöyle olur: Plevra, karın zarı, kalp dış zarı, vajina kanalı ve son olarak örümceksi zar.[14] Organizma boyunca aynı yapıdaki dokuların mevcudiyeti, bir hastalığın başka bir hastalığı andırması, benzerliklerin, kısaca bedenin düzenlenme biçiminin derinliğine kazılı olan bütün bağlantı sisteminin fark edilmesine imkân tanır. Yerel olmayan bu düzenlenme biçimi, birbirine bağlanmış

[12] *Anatomie pathologique*, Paris, 1825), s.3.

[13] *Anatomie generale* (Paris, 1801), I.Cilt, önsöz, s. XCVII.

[14] *Anatomie pathologique*, s.39.

somut genelliklerin ve zaten düzenlenmiş olan bir içerimler sisteminden oluşmuştur. Aslında, nozolojik düşünceyle aynı mantık donanımına sahiptir. Bichat, çıkış noktası olan ve kurmak istediği kliniğin ötesinde, organlar coğrafyasını değil, sınıflandırmalar düzenini yeniden bulur. Patolojik anatomi, *yerelleştirici* olmadan önce *sıralayıcı* idi.

Tabiî klinikçilerin aksine patolojik anatomi, hastalıkta tahlile yeni ve kesin bir değer vermektedir; tahlil organizmayı zaten merhametsizce kullanma ölçüsüne göre aktif özneye uygulanmalı ve hastalıklı nesnenin pasif ve karışık olmadığını göstermelidir. Şâyet hastalık tahlil edilmeliyse, bu onun bizzat tahlil edilmesidir ve hastanın bedenindeki saldırganın ayrıştırılmasına dair bilinç sadece doktorun ideolojik ayrıştırmasının tekrarı olabilir. Van Horne, XVII. yüzyılın ikinci yarısında bunları ayırt etmişti, ama bununla birlikte, Lieutaud gibi birçok yazar, iki zarı, örümceksi zarla, beyin ve omuriliği saran en içteki zarı hâlâ karıştırmaktadır. Bozulma bu ikisini açıkça ayırır; iltihaplanma halinde, beyin ve omuriliği saran en içteki zar, bütün damarlı dokulardaki hali göstererek kırmızılaşır; böylece daha sert ve daha kuru bir hal alır; hastalıklı örümceksi zar ise epeyce beyazlaşır ve yapışkan bir salgıyla kaplanır; su toplanması kasılması sadece onda görülür.[15] Akciğerin organik bütünü içinde, plöropnömoni sadece plevraya; akut zatürree, parankimaya (bütün doku, *–ç.n.*); nezleye bağlı öksürükler, sümüksü zarlara zarar verir.[16] Dupuytren, açılmış damarın bağlanmasının atardamar yolu boyunca homojen olmadığını göstermiştir: Bağlar sıkıldıktan sonra, atardamarın orta ve iç gömlekleri ayrılır ve bölünür; sadece yapısı daha sıkı olan en dış çeperdeki gözeli gömlek dayanır.[17] Genel patolojik tiplere yerleşik olan dokusal homojenlik ilkesi, hastalıklı bozulmaların sonucu olarak organların fiilî bölünmesi ilkesiyle bağlılaşıktır.

Bichat anatomisi, tahlil yöntemlerine nesnel bir uygulama

---

[15] *Traite des membranes*, s.213–264.

[16] *Anatomie pathologique*, *s*.12.

[17] Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur encephale* (Paris, 1820), I. Cilt içinde, s. 88.

alanı açmaktan daha fazlasını yapar; tahlili patolojik sürecin temel bir aşaması haline getirir. Onu hastalık sınırlarında, hastalığın gerçek ağının tarihinde gerçekleştirir. Bu anlamda hiçbir şey, tahlilin, sözcüklere değilse bile en azından bir dile çevrilmeye daima uygun olan algı parçalarına dayandığı klinik yönteme içkin adcılıktan daha uzak değildir. Şimdi, fonksiyonel karmaşıklığı anatomik sadeliklere ayrıştıracak biçimde eyleyen ve bir reel fenomenler dizisine bağlanmış olan bir tahlil söz konusudur; Bu tahlil, *soyutlayarak* yalıtması nedeniyle reelliği ve somutluğu daha az olmayan unsurları, kalpte kalp dış zarını, beyinde örümceksi zarı, bağırsaklarda sümüksüleri serbest bırakır. Anatomi ancak, patolojinin kendiliğinden inceleme yapması ölçüsünde anatomizasyon olabilmiştir. Hastalık, bedenin karanlığında otopsidir, canlının üzerinde anatomizasyon.

Bichat ve öğrencilerinin, patolojik anatominin keşfi konusundaki çoşkusu, anlamını burada bulur: Onlar, Pinel'in ya da Cabanis'in ötesinde Morgagni'yi tekrar keşfetmezler, tahlili bedenin ta kendisinde yeniden keşfederler; şeylerin derinliğinde, yüzeylerin düzenini açığa çıkarırlar; hastalık için, patolojik ayrıştırma unsurunun hastalıklı türlerin genelleştirilmesinde ilke olduğu, bir *analitik sınıflar* sistemi tanımlarlar. Analitik bir algıdan reel tahlillerin algısına geçilmektedir. Ve gayet doğal olarak Bichat, kendi keşfinde, Lavoisier'in keşfine simetrik olan bir vaka bulmuştur: "Kimya, çeşitli kombinasyonlarla duyarlı bileşik gövdeler oluşturan basit biçimli gövdelere sahiptir... Aynı şekilde anatominin de, kombinasyonlarıyla organları oluşturan... basit dokuları vardır."[18] Yeni anatominin yöntemi, kimyanın yöntemi gibidir, tahlildir; fakat dilbilimsel dayanağından kopmuş; vakaların ve fenomenlerin sözlü sentaksından ziyade şeylerin uzamsal parçalanabilirliğini tanımlayan bir tahlil.

Paradoksal olarak sınıflandırıcı düşüncenin XIX. yüzyılda başlayan tekrar etkinleşmesi buradan kaynaklanır. Haklılığı birkaç yıl sonra kanıtlanacak olan patolojik anatomi, eski nozolojik

[18] *Anatomie generale*, I. Cilt, s. LXXIX.

projeyi dağıtmak bir yana, onun güvenilir bir temel ihtiyacını karşıladığı sürece, mevcut projeye yeni bir canlılık kazandırmaktadır; algılanabilir yüzeylere uygun olan reel analiz.

Bichat'ın, keşfinin kaynağı hakkında Pinel'in bir metnini anması genellikle hayretle karşılanmıştır –Pinel hayatının sonuna kadar patolojik anatominin temel derslerine sağır kalmıştı. *Nosographie*'nin ilk basımında Bichat, Pinel'de bir vahiy etkisi yaratan şu cümleleri okumuştur: "Örümceksi zar, plevra ve karın zarı genel yapı uygunluklarına sahip olduğuna göre, bu organların bedenin farklı bölgelerindeki yerleşikliğinin ne önemi var? İçorgan iltihaplanmaları durumunda benzer lezyonlar göstermiyorlar mı?"[19] Bu aslında, dokusal patolojiye uygulanan analoji ilkesinin ilk tanımlarından biridir; fakat Bichat, Pinel'e daha çoğunu borçludur; çünkü bu eş biçimlilik ilkesinin karşılık vermek zorunda olduğu gereklilikler, formülleştirilmiş ama eksik bir biçimde *Nosographie*'de bulunmaktadır: Nozolojik tablonun genel bir düzenlemesine imkân tanıyan ve sınıflandırıcı bir tahlil. Bichat, hastalıkların düzenlenmesinde, etkilenen organ ya da bölge ne olursa olsun, öncelikle "her sistemdeki ortak bozukluklara" yer verir; fakat bu genel biçime sadece iltihaplar ve sert kanser urları uygundur; öteki bozukluklar bölgeseldir ve organ organ incelenmelidir.[20] Organik yerelleşme, dokusal eşbiçimlilik kuralının işlemediği ve sadece son yöntem olarak araya girer. Patolojik fenomenlerin daha yeterli bir okuması olmadığı için Morgagni'den yeniden yararlanılmıştır. Laennec, daha iyi bir okumanın zamanla mümkün olacağını düşünmektedir: "Bir gün, hemen hemen bütün lezyon biçimlerinin insan bedeninin bütün parçalarında bulunabildiği ve bu lezyonların, mevcut parçaların her birinde sadece önemsiz değişiklikler gösterdiği kanıtlanabilecektir".[21] Muhtemelen Bichat'ın kendisi bile, sonunda "patolojik anatominin çehresini değiştirecek" kadere, kendi keşfine yeterince gü-

[19] Pinel, *Nosographie philosophique*, I, s.XXVIII.

[20] *Anatomie generale*, 1. Cilt, s. XCVII-XCVIII.

[21] R. Laennec, *Dictionnaire des Sciences medicales*, "Anatomie pathologique" makalesi (II, s.49).

ven duymamıştır. Laennec onun, biçim ve pozisyon bozukluklarını (çıkıklar, fıtıklar), beslenme bozukluklarını (bedenin zayıflayıp kuruması, aşırı irileşme), küçülme ve büyümeleri incelemek için başvurulabilecek olan organlar coğrafyasına abartılı bir önem verdiğini ifade eder; hattâ belki bir gün, kalpteki ve kafa içindeki aşırı irileşmeler de aynı patolojik ailedenmiş gibi değerlendirilebilecektir. Ama öte yandan Laennec'in tahlili, tüm dokusal gruplandırmalarda benzer tipolojiye sahip olan yabancı gövdeleri ve özellikle de yapı bozukluklarını, bölgesel sınırlar olmaksızın inceler: Onlar daima, ya ara solüsyonları (yaralar, kırıklar), ya doğal akıcıların, sıvı birikmesi ya da sıvı akıntıları (yağlı urlar ya da beyin kanaması-inme), zatürree ya da gastritteki gibi iltihaplar ve son olarak hastalıktan önce var olmayan tesadüfi doku gelişimleri olabilir: Sert kanser urları ve küçük ur vakaları.[22] Alibert, Laennec döneminde, kimyagerlere dayanan modelle, bir tıbbî terimleme yazmayı dener: *Oz* ile biten sözcükler genel bozukluk formlarını (gastroz, lökoz, anteroz), *it* ile bitenler doku tahrişlerini, *re* ile bitenler sıvı toplanmalarını, vb. göstermektedir. Ve kılı kırk yararak düzenlemeye çalıştığı bu analitik sözlük projesinde yoğunlaşırken (göze batan bir şey yapmadan, çünkü bu kavramsal olarak hâlâ mümkündür), botanik tipte bir nozolojinin temalarıyla, Morgagni tarzı yerelleştirmenin, klinik tanımlamanın ve patolojik anatominin temalarını birbirine karıştırır. "Botanikçilerin, zaten Sauvages'in önerdiği yönteminden yararlanıyorum... aralarında yakınlık olan konuları karşılaştırmaya ve hiçbir benzerlik olmayanları bir kenara bırakmaya dayanan yöntemden. Bu felsefî sınıflandırmaya erişmek ve ona belirli ve sabit temeller düzenlemek amacıyla, hastalıkları, özel yerleşimleri olan organlara uygun olarak gruplandırdım. Bunun klinik hekim için, en değerli vasıfları bulmanın tek yolu olduğu görülecektir."[23]

---

[22] *A.g.e.*, 450-452.

[23] J.-L. Alibert, *Nosologie naturelle* (Paris, 1817), okuyucuların dikkatine böl., s. II, Bkz. Marandel (*Essai sur les irritations*, Paris, 1807) ya da Andral tarafından oluşturulan patolojik anatomi konusundaki diğer sınıflandırmalar.

Fakat anatomik algıyı, semptomların okunmasına uyarlamak nasıl mümkün olabilir? Eş zamanlı bir uzamsal fenomenler dizisi, tanım olarak kendisinden çok daha önce olan zamansal bir seriyle nasıl bağlantı kurar? Sauvages'dan Double'ye kadar, patolojinin atomik bir temeli olduğu düşüncesine karşı olanlar da söz konusudur, ve bu hasımlar, kadavradaki görünür lezyonların, görünmez hastalığın özünü işaret edemeyeceğine inandırılmıştır. Karmaşık bir lezyonlar grubundaki, *sonuçlar serisinin temel düzeni* nasıl ayırt edilebilir? Akciğer zarı hastalığına yakalanmış bir bedendeki akciğer yapışmaları bizzat hastalığın fenomenlerinden biri mi, yoksa iltihabın mekanik bir sonucu mudur?[24] Aynı güçlük, *asıl olanla türemiş olanın* tanımlanmasında da: Midenin duedonuma açıldığı geçitte kanser urunun bulunması halinde, iç organ askıları ve bağırsak askılarında da kanser uruna ait unsurlar bulunur; ilk patolojik olgu hangisidir? Son olarak anatomik belirtiler, hastalıklı sürecin şiddetini tam olarak göstermez. Ekonomide sadece çok önemsiz rahatsızlıkları yönlendiren çok güçlü organik bozulmalar söz konusudur; fakat çok küçük bir beyin urunun ölüme yol açacağı düşünülemez.[25] Uzamsal bir arada yaşamanın basit ve soyut nihai biçiminde, daima sadece görünür olanı ifade eden anatomi, zamansal düzendeki bağlantının, sürecin ve okunabilir metnin ne ifade ettiğini bildirmez. Bir semptomlar kliniği, hastalığın canlı bedenini araştırır, anatomi ise ona sadece kadavra temin eder.

Bir kadavra iki defa yanıltır, ilk olarak ölümün araya girerek kesinti yarattığı fenomenlerde, sonra da kadavranın kendi zaman skalasına uygunluk çerçevesinde neden olduğu ve organlarda biriktirdiği fenomenlerin eklenmesiyle. Kuşkusuz kangren ya da pütrit ateşe ait olan klinik tablodan ayırmanın zor olduğu ayrıştırma fenomenleri de söz konusudur; ama öte yanda gerileme ya da yok etme fenomenleri de söz konusudur. Dolaşımın durmasından sonra tepkilerin hemen gözden kaybolması nedeniyle kızarıklık-

[24] F.-J. Double, *Semeiologie generale*, I. Cilt, s.56–57.

[25] *A.g.e.*, s.64-67.

larda yok olur; doğal hareketlerdeki (kalp atışları, lenf toplanması, solunum) bu kesintinin kendisi, hastalıklı unsurların kolayca tespit edilemeyen etkilerine neden olabilir: Beyindeki tıkanıklık ve takip eden yumuşama, patolojik bir tıkanmanın mı yoksa ölümle kesilen dolaşımın mı sonucudur? Son olarak, Hunter'in "ölüm uyarıcısı" olarak adlandırdığı ve bağlı olduğu hastalığa ait olmadığı halde yaşamın durmasına neden olan unsuru da incelemek gerekebilir.[26] Her hâlükârda, kronik bir hastalığın sonunda ortaya çıkan bitkinlik fenomenleri (kas gevşekliği, duyarlığın ve iletkenliğin azalması) sınırlı bir patolojik yapıdan çok hayatla ölüm arasındaki kesin bir ilişkiye bağlıdır.

Bir nozolojiye dayanmayı umut eden patolojik anatomiye iki soru sırasıyla yüzleştirilir: Biri, zamansal bir semptomlar dizisinin, dokuların uzamsal bir arada yaşaması arasındaki bağlantıya, diğeri, ölüme ve ölümün hayatla ve hastalıkla ilişkisindeki kuralcı tanımlanmasına ilişkin. Bichat anatomisi, bu sorunları çözme çoşkusu içinde bütün asıl anlamlarını kaybeder.

İlk itiraz serisinin hakkından gelmek için, klinik bakışın kendi yapısını değiştirme ihtiyacı olmadığı düşünülmüştür: Ölülere canlılara bakar gibi bakmak yeterli değil midir? Ve kadavralara tıbbî gözlemin değerini vurgulayan ilkeyi uygulamak: *Biricik patalojik olgu, karşılaştırmalı bir olgudur.*

Bichat ve halefleri bu ilkenin uygulanmasında Cabanis ve Pinel'den başkalarını Morgagni'yi, ve hattâ Bonet ve Valsalva tayfasını da bulurlar. İlk anatomistler gayet iyi bilirler ki, şâyet biri bir kadavrada bir hastalığı meydana çıkarmayı umuyorsa, "sağlıklı bedenlerin açılmasında pratik yapmış" olmak gerekmektedir: Aksi takdirde, bağırsaklarla ilgili bir hastalık, ölümün sebep olduğu ya da zaman zaman mevsimler nedeniyle sağlıklı insanlarda da görülen bu "polipli taşlardan" nasıl ayırt edilir?[27] *Sepulch-*

[26] J. Hunter, *Œuvres completes* (Paris, 1839), 1. Cilt, s.262.

[27] Morgagni, Recherches anatomiques (*Encyclopedie des Sciences medicales*

retum tarafından daha önce formülle edilen eski ilkeyi kabul ederek, aynı hastalıktan ölen hastaları da birbiriyle karşılaştırmalıdır, tüm bedenlerde ortaya çıkan bozulmalar, hastalığın nedenini olmasa bile en azından merkezini ve belki de türünü tanımlar; bir otopsiden diğerine değişiklik gösteren unsurlar, etki, organların birbirini etkilemesi ya da komplikasyon niteliğindedir.[28] Nihayet, bozulmuş bir organda görülenlerle o organın normal fonksiyonu hakkında bilinenlerin karşılaştırılması: "Her organın sağlıklı yaşamına özgü önemli fenomenlerle, bunların her birinin lezyon durumunda gösterdiği bozuklukları karşılaştırmak" gerekir.[29]

Ama klinik anatomi deneyinin tuhaflığı, değer belirten ayırıcı ilkeyi çok daha karmaşık ve problematik bir boyutta uygulamış olmasıdır: Patolojik tarihin ayırt edilebilir formlarıyla, ölümden sonra ortaya çıkarttığı görünür unsurların eklemlendiği bütünlenme. Corvisart, 1760 tarihli eski incelemenin yerine, başka bir metin, *De sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigatis et per anatomen confirmatis** başlıklı, bir ilk ve eksiksiz patolojik anatomi kitabını koymanın hayalini kurmaktadır.[30] Corvisart'ın, nozolojinin otopsiyle doğrulanması olarak kabul ettiği bu klinik anatomi bağlantısını Laennec aksi yönde, lezyondan, meydana getirdiği semptomlara gelmek olarak tanımlar. "Bir bilim olarak patolojik anatominin amacı, hastalık durumunun insan bedenindeki organlarda ürettiği görünür bozuklukların bilinmesidir. Bu bilgiyi edinmenin aracı kadavraların açılması, bu bilgiye ulaşmanın yoludur; fakat doğrudan bir fayda haline getirmek amacıyla... ona, organlardaki her bir bozulma türüyle rastlaşan fonksiyon bozukluklarının ya da semptomların gözlemini de

---

yay., 7. böl.,VII. Cilt), s.17.

[28] Th. Bonet, *Sepulchretum* (önsöz); bu ilke Morgagni tarafından hatırlanmıştır (*a.g.e* . s.18).

[29] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lesions organiques, du cœur et des gros vaisseaux* (Paris, 3. bas.,1818), giriş, s.XII.

* Hastalıkların sebebini teşhis üzerine araştırıyorsunuz ve bedende onaylıyorsunuz.

[30] Corvisart, *a.g.e.*, s.V.

birleştirmelidir."[31] Öyleyse tıbbî bakış, kendisine açık olmayan yol boyunca ilerlemelidir: Semptomatik yüzeyden dokusal yüzeye giden dikey; açıkça görünenden saklıya doğru tıkanan, derinleşen, iki anlamda ve istenirse sürekli hareket edilmesi ve bir uçtan bir uca temel zorunluluklar ağını tanımlaması gereken yol. Tıbbî bakış, kendisini dokuların ve semptomların iki boyutlu alanında açıkladı, ama her ikisini uzlaştırmak için üçüncü bir boyutta hareket etmelidir. Klinik anatomiye ilişkin çeşitlilik böylece tanımlanmış olacaktır.

Bakış, kendinde verili olan kat etme görevine hevesle mekânda başlar. İlksel biçimiyle klinik okuma, benzerlikleri düzenleyen ve tanımlayan, ayrıntılarıyla açıklamanın ötesinde, anlam çözen dışsal bir özneyi içermektedir. Tıbbî göz, klinik anatomi deneyinde, önüne yayılan hastalığı, derecelendirilmiş yoğunluklarının yatay ve dikey hacimleri boyunca ilerlediği, bizzat bedene nüfuz edebildiği, kütlelerini engellediği ya da ortaya çıkardığı, derinliklerindeki detaya inebildiği kadar görmelidir. Hastalık artık, birbirini takip eden ve eşlik eden, istatistiksel olarak birbirine bağlandığı gözlenebilen ve beden yüzeyine, organa ya da vücuda yayılmış bir özellikler sarmalı değildir; adım adım takip edilebilen bir coğrafyaya uygun olarak birbiri ardına sıralanan bir formlar ve deformasyonlar, figürler, tesadüfler, yerinden çıkarılmış, yok olmuş ya da değişmiş unsurlar bütünüdür. Mümkün olduğu yerde bedenin içine giren patolojik bir tür değildir, bedenin kendisi hastalık haline gelmiştir.

İlk bakışta, bilen özneyle bilgi nesnesi arasındaki mesafenin azaltılmasının söz konusu olduğu düşünülebilir. XVII. ve XVIII. yüzyıldaki hekim, kendi hastasına "belli mesafede" durmamış mıdır? Ona uzaktan bakarak, sadece görünen yüzeysel izleri dosdoğru bakarak gözlemleyip, fenomenlere dokunmadan, fiziksel temas kurmadan ya da vücuttaki sesleri kulağını dayayıp dinlemeden, iç tarafta olup biteni sadece dışsal işaretlerle tahmin et-

[31] Laennec, *Dictionnaire des Sciences médicales*, "Anatomie pathologique" makalesi, II. Cilt, s.47.

memiş midir? Aslına bakılırsa XVIII. yüzyıl sonuna gelindiğinde tıbbî bilgideki değişim, hekimin hastaya yaklaşmasına, parmaklarını uzatıp kulağını dayamasına ve böylece dengeyi değiştirerek, görünür yüzeyin hemen arkasında doğrudan doğruya ne olduğunu algılamaya başlamasına ve aşamalı olarak "öteki tarafa geçip" hastalığın bedende saklandığı derinliğin ayrıntılarını çıkarmasına bağlı değil midir?

Bu değişimdeki toplama dair asgari açıklamadır. Fakat bu açıklamanın teorik muhakemesi yanlış yönlendirilmemelidir. Hâlâ çok az özen, belli sayıda gereç ya da referansın bulundurulmasını kapsar: Gözlemdeki ilerleme, deneyi geliştirme ve genişletme isteği, duyusal algı aracılığıyla ortaya çıkabilen verilere daha büyük bir bağlılık, teorilerin ve sistemlerin gerçekten bilimsel olan bir ampirizm yararına terk edilmesi. Ve onlar, bütün olup bitenlerin gerisinde, nesnel ve öznel bilginin bulunduğuna inanırlar: Bunların daha yakın olması ve daha iyi uyum sağlaması sadece, nesnenin kendi gizlerini daha açık ve daha ayrıntılı olarak ortaya koymasına ve öznenin de hakikate engel olan yanılsamalardan kurtulmasına yol açmıştır. Özne ve nesne bir kez kesin olarak karşı karşıya geldikten sonra, herhangi bir tarihsel dönüşümün akışında, yakınlaşmaktan, arayı kapatmaktan, kendilerini ayıran engelleri yok etmekten ve karşılıklı bir düzenleme biçimi bulmaktan başka bir şey yapamaz.

Fakat kuşku yok ki burada tarihe yansıyan, etkileri ve kabahatleri uzun süreden beri bilinen, eski bir bilgi teorisidir. Çok kesin olmayan tarihsel bir tahlil, mevcut düzenlemelerin ötesinde, bütünüyle farklı bir uyarlama ilkesini ortaya çıkarır: Ortaklaşa üstlenilen ilke, bilinen nesnelerin tipine, dizgeyi görünürleştiren, yalıtan ve muhtemel bir epistemik bilginin ilişkili unsurlarına bölen, onların ayrıntısını çıkarmak amacıyla öznenin ele geçirmek zorunda olduğu konuma, onların kavranmasını mümkün kılan araçsal dolayımlara, işleyişte yerleştirmek zorunda olduğu bellek ve kaydetme tarzlarına ve meşru bilginin öznesi olarak nitelenebilecek pratik ve kavramsallaştırma biçimlerine dayanmalıdır. Öyleyse klinik anatomi tıbba yer açarken değiştirilen, bilen özneyle bilinen nesne arasındaki basit temas yüzeyi değil, bilme-

si gerekenle bilinmesi gereken arasındaki karşılıklı bağlantı ve konumları belirleyen bilginin daha geneldeki düzenlemesidir. Tıbbî bakışın hasta bedenine erişmesi, ilk hekimin bir dereceye kadar vasıflı bakışını uzaktan, ilk hastanın bedenine çevirdiği günden başlayan ve gelişmekte olan az çok düzenli bir akımın sürdürülmesi değildir. Bu, biriktirilmiş, işlenmiş, derinleştirilmiş, düzenlenmiş bilgiler düzeyinde değil, epistemik bilginin bizzat kendi düzeyindeki bir yeniden biçimlendirmenin sonucudur.

Bir vakanın bilgi niteliği kazanmasının kanıtı, saf klinikle aynı yolla ve aynı kurallara uygun biçimlenmesi değil, klinik anatomik tıp düzenindeki bilgide bulunabilir olması, epistemik bilgi düzenindeki etkiye yakalanmış olmasıdır. Mesele, aynı niyetin biraz daha geliştirilmesi değil, tamamen bir başka çalışmadır. İşte bu yeni kurallardan bazıları.

Klinik anatomi, semptomatik özdeşlikler yönteminin yerine *dama tahtası* ya da *tabakalar* olarak adlandırabileceğimiz bir tahlili yerleştirir. Görünen tekrarlar genellikle, çeşitlilikleri sadece anatomiyle anlaşılabiecek olan hastalıklı formlarla karışmış olarak ortaya çıkar. Soluksuz kalma duygusu, ani çarpıntılar, özellikle fiziksel bir efordan sonraki kesik kesik ve sıkıntılı solunum, sıçrayarak uyanmalar, aşırı zayıflamaya bağlı solgunluk, kalp bölgesinde baskı ya da sıkışma duygusu, sol kolda ağırlık ve uyuşma, bunların hepsi kalp hastalıklarına işaret eder; bunların içinden, kalp dış zarı iltihabını (zarlarda ortaya çıkan), damar genişlemesini (kasları etkileyen), daralma ve katılaşmaları (kalbin sinirli ya da lifli bölümlerini etkileyen), sadece anatomi ayırt edebilir.[32] Nezle ile veremin örtüşmesi ya da en azından düzenli olarak birbirini takip etmesi, nozograflara rağmen, özdeş olduklarını göstermez, çünkü otopsi, birinde sümüksü zarın hastalandığını, diğerinde ise ülserleşmeye ilerleyebilen bir parankima bozukluğunu ortaya çıkarır.[33] Fakat aksine, Sauvages benzeri bir

[32] Corvisart, *a.g.e.*

[33] G.-L.Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (Paris, 1810).

semptomatolojinin, birleştirmek için aralarında yeterli bir ilişki sıklığı izleyemediği durumlarda, aynı yerel hücreye ait olan veremle kan tükürmeyi birleştirmek gerekir. Patolojik özdeşliği tanımlayan örtüşme, sadece yerelle sınırlı bir algı nezdinde anlamlı olacaktır.

Başka bir deyişle, tıbbî deney, *sık tekrarların kaydedilmesi* yerine *sabit noktanın saptanmasını* kullanacaktır. Akciğer vereminin semptomatik seyrinde, öksürük, solunum güçlüğü, aşırı zayıflama, yoğun ateş ve bazen de irinli balgam çıkarmaya rastlanır, fakat bu görülebilir değişimlerin hiçbiri mutlak vazgeçilmezler değildir (öksürmeyen verem hastalarına rastlanır) ve düzenli bir biçimde ortaya çıkmaz (ateş erken de başlayabilir, gelişimin sonunda da görülebilir). Hastalığın verem kabul edilebilmesi için tek bir kaçınılmaz koşul, tek bir değişmez fenomen söz konusudur: Akciğer parankimasında görülen ve otopside "az çok irinli merkezlere yayılmış olarak beliren lezyon. Bu merkezler izlenen çeşitli örneklerde o kadar yoğundurlar ki, akciğer artık sadece onları içeren peteksi bir doku gibi görünmektedir. Bunlar çok sayıda bağla yayılır ve bitişik bölümlerde de kısmen yoğun bir sertleşmeye rastlanır."[34] Bu sabit noktadaki semptomlarda ayrılarak yok olur; kliniğin onlara yüklediği olasılık göstergesi, zamansal sıklık değil, fakat yerel sabitlikle ilişkili tek bir zorunlu içerme lehine silinir: "Ne ateşi olan ne zayıflayan ne de irinli balgam çıkaran kişilere veremliymiş gibi bakılmalıdır; akciğerlerin, onları bozmaya ve ülser yapmaya doğru giden bir lezyondan etkilenmiş olması yeterlidir; verem tam da bu lezyondur."[35]

Semptomların bu sabit noktaya bağlı olarak sıralanan *kronolojik dizisi*, ikincil fenomenler biçiminde, *lezyonlu mekânın dallanmasında* ve kendine özgü mantıkta yer alır. Petit, bazı ateşlerin "bilinmeyen ve açıklanamaz" ilerleyişini incelerken, hastalığın seyrinde ortaya çıkarılan gözlem tablolarını sistematik bir biçimde otopsilerin sonucuyla karşılaştırır: Bağırsaklara, mideye,

[34] X. Bichat, *Anatomie pathologique*, s.174.

[35] G.-L. Bayle, *a.g.e.*, s.8-9.

ateşe, bezelere, beyne ait belirtilerin birbirini takip etmesi, başlangıçta "tamamen ince bağırsaktaki bozulmalara" bağlanmalıdır. Söz konusu olan her zaman ileosekal valvül bölgesidir; bu bölge koyu kırmızı renkte lekelerle kaplanmıştır, içe doğru şişmiştir. İnce bağırsak askısına denk gelen kesit, şişmiş, mavimsi ve koyu kırmızı renkte, tamamen kanla dolmuş ve tıkanmıştır. Şâyet hastalık uzun sürmüşse, bağırsak dokusu da ülserleşmiş ve yıkıma uğramıştır. Öyleyse fonksiyonları ilk bozulan sindirim sisteminde, devam eden zararlı bir etkinlik olduğu da kabul edilebilir; bu etken emilimle, ince bağırsak bezlerine, lenf sistemine (sempatik bozukluk bundan ileri gelir), oradan "sistemin tümüne" ve özellikle de sistemin kafa içine ait ve sinirsel olan unsurlarına geçer; bu da, yarı uyku halini, duyumsal fonksiyonların uyuşukluğunu, sayıklamayı ve koma durumunun evrelerini açıklayan şeydir.[36] O zaman formların ve semptomların birbirini takip etmesi, daha karmaşık bir ağın kronolojik imgesi olarak basitçe görünür: İlk ataktan başlayan ve bütün organizma boyunca devam eden zamansal-uzamsal bir araştırma.

Dolayısıyla klinik anatomi algısının tahlili, kliniğin esasen zamansal olan okumasını değiştiren üç referansı (yerelleşme, merkez ve köken) gün ışığına çıkarmaktadır. Sabit fakat ağaç görünümlü noktaların belirlenmesine imkân veren organik "çaprazyargı", patolojik tarihin derinliğini, saf anatomik yüzey lehine ortadan kaldırmaz; bu yüzey, tıbbî düşüncede ilk kez, hastalığın zamanıyla organik kütlelerin ayrıntılandırılabilir güzergâhını örtüştürerek, onu, bedenin özgülleştirilmiş hacmine dâhil eder. İşte patolojik anatomi o zaman, ama sadece o zaman, Morgagni'nin ve ötesine geçerek Bonet'in temalarını yeniden bulur. Özerk bir organik mekân, kendine özgü boyutları, yolları, eklemlemeleriyle, nozolojinin doğal ya da anlamlı mekânının yerini alır ve onun zorunlu olarak kendisine dâhil olmasını ister. Kliniğin, *patolojik benzerliğin yapılarını* (bkz. *Zarlar Üzerine İnceleme*) tanımlama

[36] M.-A. Petit, *Traite de la fievre entero-mesenterique* (Paris, 1813), özellikle s.XIX, XXX ve s.132–141.

endişesinden kaynaklanan yeni tıbbî algı, nihayet *yerelleşme verilerinin* eşleştirilme görevini üstlenir (bkz. Corvisart'ın ya da G.-L. Bayle'nin araştırmaları). *Yerleştirme* nosyonu kesin olarak *sınıf* nosyonunun yerini alır. "Hastalığın yerleşimi konusunda bir şey biliyorsanız" diye sorar Bichat, "gözlem ne işe yarar?"[37] Bouillaud da şöyle cevaplamalıdır: "Tıpta bir aksiyom varsa, bu, yerleşimi olmayan bir hastalığın hiçbir zaman var olmadığı önermesidir. Şâyet aksi bir düşünce kabul edilseydi, organsız fonksiyonların varlığını da kabul etmek gerekecekti; bu dokunulabilir bir saçmalıktır. Hastalıkların yerleşmelerinin ya da yerelleşmelerinin belirlenmesi, modern tıbbın en büyük fetihleri arasındadır"[38] Başlangıçtaki anlamı jenerik olan dokusal tahlil, hızlıca bir yerelleşme kuralının değeri olarak önem kazanmıştır.

Tabiî Morgagni'nin yeniden keşfedilmesi, önemli bir değişiklik olmadan gerçekleşmemiştir. O, patolojik yerleşme nosyonunu, neden nosyonuyla birleştirmiştir: *De sedibus et causis*... Yeni patolojik anatomide yerleşmenin belirlenmesi, nedenselliğin saptanmasını içermez; adinamik ateşlerde ilyum-çekum lezyonlarını bulmak, hastalığın belirleyici nedeninin açıklaması değildir. Petit "zarar verici bir etken"i, Broussais ise bir iltihabı hesaba katacaktır. Önemli değil: Yerelleştirmek sadece, uzamsal ve zamansal bir çıkış noktası saptamaktır. Morgagni'ye göre yer, nedensellikler zincirinin organizmaya eklendiği noktadır ve zincirin en son halkası ile özdeşleşmiştir. Bichat ve haleflerine göre, yerleşme nosyonu nedensel sorunsallıktan kurtarılmıştır (ve onlar bu nedenle klinikçilerin varisleridirler); bu nosyon, hastalığın geçmişinden ziyade geleceğine yöneliktir; yer, patolojik düzenlemenin yayılmaya başladığı noktadır. *Nihaî neden* değil ama *ilk yerleşmedir*. Bu anlamda, bir kadavra üzerinde yerleşmiş bir mekân parçasının saptanması, bir hastalığın zamansal gelişmelerinde ortaya çıkan sorunları çözebilir.

---

[37] X. Bichat, *Anatomie generale*, I. Cilt, s. XCIX.

[38] Bouillaud, *Philosophie medicale*, s.259.

Ölüm XVIII. yüzyıl tıp düşüncesinde, fenomenlerin hem mutlak hem de en göreli olgusudur. Şâyet [hastalık] ölümcül bir doğayı içeriyorsa hayatın ve aynı zamanda hastalığın da sonudur; ölümle bir sınıra erişilmiş ve hakikat tamamlanmış, dahası ihlâl edilmiştir: Ölümde, elbette ki kendi sonuna ulaşan hastalık sessizleşmekte ve hatırlanacak bir şey haline gelmektedir. Fakat hiçbir apaçıklık, hastalık izlerinin kadavraya ulaşması durumunda, ortaya çıkanlarla birlikte, hastalıkla ilgili olanları ölümle ilgili olanlardan kesin olarak ayırt edemez; belirtiler okunamaz bir düzensizlikte kesişmektedir. Ölüm artık ne hayatın ne de hastalığın ötesindeki bir mutlaktır, ama bizzat yarattığı düzensizlikler, bütün hastalıklı fenomenlerde aynıdır. Klinik deney ilk biçiminde, bu anlamı belirsiz ölüm kavramını söz konusu etmez.

Bir kadavra tekniği olan patolojik anatomi, bu nosyona daha titiz, yani daha araçsal bir statü vermelidir. Ölüm konusundaki bu kavramsal ustalık, önceleri çok basit bir düzeyde, klinik örgütlenme düzeyinde edinilmiştir. Ölümle otopsi arasındaki bekleme süresini mümkün olduğu kadar kısaltarak bedenleri hemen açma imkânı, patolojik sürenin son aşamasıyla kadavra sürecinin ilk aşamasının çakışmasına hemen hemen ya da tamamen izin vermiştir. Organik ayrışmanın etkileri neredeyse baskılanmış, hiç değilse en açık ve en rahatsız edici biçimiyle ortadan kalkmıştır; öyle ki ölüm aşaması, cerrah bıçağının organik mekânı bulması gibi, nozografik zamanı yeniden keşfeden yoğunluktan yoksun bir işaretleyicinin eylemini yerine getirmektedir. Ölüm şimdi, semptomlar serisiyle lezyonlar serisini bölen, ama birini ötekine bitiştirmeye imkân tanıyan dikey ve tamamen ince bir çizgidir.

Öte yandan Bichat, Hunter'in çeşitli tavsiyelerini yeniden ele alarak, Morgagni anatomisinin karıştırdığı iki fenomen tipini birbirinden ayırmayı dener: Hastalığın kendisine has olan aynı döneme ait belirtileri ve ölümden önceki belirtileri. Aslında bir bozulmanın, hastalık ya da patolojik yapıyla ilgili olması zorunlu değildir; ölümün gelişini duyuran, kısmen özerk kısmen bağımlı, başka bir süreçle de ilgili olabilir. Örneğin, semiyoloji açısından kas gevşekliği, beyinden kaynaklanan bazı felçlere ya da astenik ateş

(kuvvetsizliğe eşlik eden ateş, *–ç.n.*) gibi hayatî bir hastalıkla ilişkilidir; fakat buna aynı zamanda ve oldukça uzun sürmesi durumunda herhangi bir kronik hastalıkta ya da akut bir süreçte de rastlanabilir; örnekleriyle, örümceksi zar iltihaplarında ya da veremin son aşamalarında karşılaşılır. Malum fenomen hastalık yerleşmeden ortaya çıkamazdı, ama bununla birlikte hastalığın kendisi değildir: Hastalık, patolojik olanın figürünü değil, ama ölümün yakınlığı belirten bir evrimle, süresini iki katına çıkarır; hastalıklı süreçte, kendisiyle birleşen, ama kendisinden farklı olan "doku harabiyeti (kangren)" sürecine işaret eder.

Tabiî bu fenomenler, Hipokrat'tan beri oldukça sık tahlil edilen öldürücü ya da elverişli "belirtiler"deki içerik benzerlikleridir. Fakat fonksiyonları ve semantik değerleri açısından çok farklıdırlar. Belirti, zaman öngören muhtemel bir sonlanıma atıfta bulunur; ve hastalığın hem esas, hem de tesadüfî vahametini (bir komplikasyon ya da tedaviyle ilgili bir yanlıştan kaynaklanan) göstermektedir. Kısmî ya da yavaş yavaş çoğalan ölüm fenomenleri geleceği önceden kestiremez: Gerçekleştirilen bir süreci gösterir; bir inmenin ardından, doğal olarak hayatî fonksiyonların çoğu durur, nihayet organik fonksiyonlar kendi hayatlarını devam ettirir, ama ölüm hayatî fonksiyonlarda başlamıştır bile.[39] Üstelik ölüme ilerlemenin bu aşamaları, sadece nozolojik formları değil, daha çok organizmaya has kolaylaştırma takip etmektedir. Bu süreçler, hastalığın ölümcül kaderini sadece tesadüfî bir biçimde gösterir; onların bahsettikleri, hayattan ölüme geçirilgenliktir: Patolojik aşama uzadığında, harabiyetin görüldüğü ilk dokular, beslenmenin daima en etkili olduğu dokulardır (sümük dokular); bunu organların parankimaları ve son aşamada da kirişler ve akderiler takip eder.[40]

Dolayısıyla ölüm birden fazladır ve zamana yayılmıştır: Ölüm, zamanların durduğu ve geriye itildiği o mutlak ve imtiyazlı nok-

[39] X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, MAGENDIE bas., s.251.

[40] X. Bichat, *Anatomie pathologique*, s.7.

ta değildir, bizzat hastalık gibi o da, tahlilin zamana ve mekâna dağıtabildiği çok verimli bir varlığa sahiptir; organik hayat, en azından önemli formları duruncaya kadar, düğümlerin her biri orada burada, ama yavaş yavaş çözülür, çünkü bireyin ölümünden uzun süre sonra bile, küçük ve kısmî ölümler sırasıyla, direten hayat adacıklarını parçalamaya gelecektir.[41] Doğal ölümde ilk sönen, canlılığın kaybolmasıdır: Önce duyumsal sönme, beyin aktivitelerinin hızla yavaşlaması, hareket yeteneğinin zayıflaması, kasların sertleşmesi, kasılma kabiliyetlerinin azalması, bağırsakların neredeyse felç olması ve nihayet kalbin durması.[42] Birbirini takip eden bu art arda gelen ölümlerin kronolojik tablosuna, organizma boyunca zincirleme ölümleri tetikleyen organların birbirine etkisinin uzamsal tablosunu da eklemelidir; bunların üç temel aracı istasyonu vardır: Kalp, akciğerler ve beyin. Kalbin ölümünün beyin ölümüne, sinirsel yolla değil, atardamar ağı aracılığıyla yol açması (beyinsel hayatı sürdüren hareketin durması) ya da damar ağıyla yol açması (hareketin durması ya da tersine, beyni saran, tutan ve çalışmasını önleyen kirli kan çekilmesinin durmaması) gösterilebilir. Akciğer ölümünün kalbin ölümüne nasıl yol açtığı da gösterilebilir: Hem kanın, akciğer dolaşımının mekanik bir engelle karşılaşması, hem de akciğer hareketinin durması, kimyasal reaksiyonların besinsiz kalması ve kalp atışının kesilmesi söz konusudur. [43]

Ölüm süreçleri, ne hayatın ne de hastalığın süreçleriyle özdeşleşmemiştir, ama yine de organik fenomenleri ve bunların rahatsızlıklarını aydınlatabilir. Yaşlı birinin yavaş ve doğal ölümü, çocukta, embriyonda, bitkide bile, hayatın gelişimini yeniden başlatır: "Doğal ölümün yok edeceği hayvanın durumu, anne karnındaki durumunu, hattâ sadece kendi içinde hayat bulmuş olan ve onun için tüm doğanın sessiz olduğu bitkinin durumunu andırır."[44] Doğal olarak birbirini takip ederek hayatın etrafını çevrele-

---

[41] X. Bichat, *Recherches physiologiques*, s.242.

[42] A.g.e., s.234-238.

[43] A.g.e., s.253 ve 538.

[44] A.g.e., s.238.

yen ve birbirini yadsıyan en uygun şeylerin kendi hakikatlerinde örtüleri, özerkliklerini ilan ederler. Fonksiyonel bağımlılıklar ve normal ya da patolojik etkileşimler sistemi, bu ölümlerin ayrıntılı tahliliyle aydınlanır: Şâyet akciğerin kalp üzerinde doğrudan bir etkisi söz konusuysa, beynin kalbe etkisi sadece dolaylı olur. İnme, sara, uyuşturucu bağımlılığı, beyin rahatsızlıkları, kalpte hiçbir doğrudan değişikliğe neden olmaz, sadece kas felci, solunumda kesiklik ya da dolaşım bozukluğu aracılığıyla ikincil etkiler oluşabilir.[45] Kendi mekanizmalarında böylece belirlenen ölüm, artık organik ağı nedeniyle, hastalıkla ya da hastalık izleriyle karıştırılamaz; fakat aksine, patolojik durumla bağlantılı bir bakış noktasındaki bir eyleme, hastalığın biçim ya da aşamalarının tespit edilebilmesi için imkân yaratabilir. Veremin nedenlerini inceleyen G.-L. Bayle, artık hastalığı, ölümle ayrılan perde olarak (fonksiyonel ve zamansal) değil, bizzat hastalığın hakikatine ve değişik kronolojik aşamalarına geçişe izin veren doğal bir deneysel durum olarak düşünmektedir. Aslında ölümün, patolojik takvimdeki herhangi bir zamanda, ya bizzat hastalığın etkisiyle ya sonradan eklenen bir hastalık nedeniyle ya da bir tesadüf nedeniyle meydana gelmesi mümkündür. Ölümün değişmez-fenomenleri ve kendine has değişken belirtileri bir kez bilinir ve iyice öğrenilirse, bu zaman varlığa açılma sayesinde, tüm bir hastalıklı serinin gelişimi yeniden oluşturulabilir. Verem için bunlar, önce sıkı, homojen, beyazımsı küçük urlar; sonra merkezinde, renk değiştiren cerahatli esası kapsayan yumuşak biçimlenmeler; son olarak ülserleri ve akciğer parankimasının yıkan ve yaralara neden olan bir cerahatlenme halidir.[46] Bayle'a karşı aynı yöntemi sistematize eden Laennec, melanomun farklı patolojik bir tip değil, evrimin muhtemel bir aşamasını oluşturduğunu gösterebilmiştir. Ölüm zamanı hastalığın katışıksız müddetindeki evrimi boyunca savrulabilir; ve bu ölüm kendi donuk karakterini kaybeder hale geldiğinde, ve dünyevî olanı kesintiye uğratma etkisinin

[45] A.g.e., s.480,500.

[46] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, s.21-24.

sonucunda, kesilip parçalara ayrılmış bir bedenin hareketsiz mekânıyla hastalığın sürecini bütünleştirmeye imkân tanıyan bir araç haline gelir.

Hayat, hastalık ve ölüm, artık teknik ve kavramsal bir üçleme biçimidir. Hayatın içine hastalık korkusunu, hastalığın içine de ölümün yaklaşan varlığını yerleştiren çok eski inançların sürekliliği parçalanmıştır; Bunun yerine, zirvesi ölümle tanımlanan bir üçgen figürü yerleşir. Organik bağlılıklar ve patolojik sıralamalar, sadece ölümün yüksekliğinden bakılarak tahlil edilebilir. Hayatın gözden kaybolduğu, hastalığın bile bulanıklaştığı bu karanlık, artık uzun süredir olduğu şey olmak yerine, hükmeden ve hem organizmanın mekânını hem de hastalık süresini ortaya çıkaran, o büyük aydınlatma gücüyle donatılır... Şüphe yok ki hastalık tehdidine dair bilinç kadar eski olan dünyevilikten uzak olma imtiyazı, ilk kez, hayatın hakikatini ve hastalığın doğasını kavrayabilecek teknik bir araca dönüşmüştür. Ölüm, bağlantıları açarak gösteren ve çürümenin titizliği içinde üreme harikalarını gözle görülür hale getiren büyük analisttir: Ve çürüme sözcüğünü kendi anlamının ağırlığı içinde tartılmaya bırakmak gerekir. Unsurların ve yasalarının felsefesi olan tahlil, matematikte, kimyada, hattâ dildeki beyhude arayışlarının karşılığıyla ölümde rastlaşır: Doğanın saptadığı aşılamaz bir model; tıbbî bakış artık bu büyük örneğe dayanacaktır. Bu, canlı bir gözün değil, ölümü görmüş olan bir gözün bakışıdır. Hayatın düğümünü çözen büyük beyaz göz.

Bichat'ın "dirimselciliği" hakkında çok konuşulabilir. Canlı bir fenomenin özgün karakterini sınırlandırmaya girişen Bichat'ın, hastalık riskini hastalığın kendine özgülüğüne bağladığı gerçektir: Sadece fiziksel bir beden doğal tipinden sapamaz.[47] Fakat bu, hastalık tahlilindeki olguyu değiştirmez, sadece ölüm –tanım olarak hayatın direnç gösterdiği o ölüm– bakışından yapılmasını engeller. Bichat, ölüm kavramını, bölünemez, kesin ve geri çevrilemez bir vaka olarak ortaya çıkan o mutlaklıktan çıkararak göreli hale getirmiştir. Bu kavramı, ayrıntılı ölümler, ölüme

[47] Bkz. G. Canguilhem, *La connaissance de la vie*, Paris, 1952, s.195.

düşkünleşerek meyledenler, yavaş yavaş ölenler ve ölümün ötesinde bile zamana yayılarak meydana gelen kadar yavaş ölümler biçiminde dağıtarak hayat içinde buharlaştırmıştır. Ama bu olgu biçimi, tıbbî algı ve düşüncenin temel yapısını oluşturmuştur: Hayatın karşı koyduğu şeyi ve karşı karşıya kaldığı şeyi; dolayısıyla yaşayan bir karşıtlık yani hayat olduğu şeyi; buna göre, analitik olarak karşı karşıya kaldığı yani gerçek olduğu şeyi. Magendie ve daha önce Buisson, *Fizyolojik Araştırmalar*'la başlatılan hayatın tanımını eleştirirken, sorundaki düğüm noktasına biyolojistler olarak bakarlar: "Yanlış bir fikir, çünkü ölmek, tüm dillerde hayatın sona ermesi anlamına gelir ve bu nedenle bu sözde tanım, gelip şu kısır döngüye indirgenir: Hayat, hayatın yokluğuna direnç gösteren fonksiyonlar bütünüdür."[48] Fakat bu, Bichat'ın yola çıktığı ve kendisinin ilk patolojik anatomici deneyidir: Ölümün, hayata pozitif bir hakikat katacak tek olasılık, kendisinin oluşturduğu bir deney. Canlının mekaniğe ya da kimyasala indirgenemezliği, hayatla ölümün bu temel bağlantıdaki ilişkisine göre sadece ikincildir. Dirimselcilik bu "ölümcülük"e ait artalanın karşısında ortaya çıkar.

Cabanis'in, hayat bilgisine bizzat hayatla aynı kökeni ve aynı temeli belirleyerek son andan itibaren katettiği mesafe, göreceli fakat uçsuz bucaksızdır da: "Doğa, bilgilerimizin kaynağının hayatın kaynağıyla aynı olmasını tasarlamıştır. Hayatta kalmak için izlenim edinmelidir; bilmek için izlenim edinmeli; ve inceleme ihtiyacı, daima bunların bizim üzerimizdeki doğrudan eylemine oranla belirmiştir; bundan, ihtiyaçlarımızın daima eğitim araçlarımıza orantılı olduğu sonucu çıkar."[49] Hayat bilgisi, XVIII. yüzyılı ve Rönesans'ı önceden tanıyan bütün bir gelenek için olduğu gibi, Cabanis için de haklı olarak canlının özüne dayanmaktadır;

---

[48] F.-R. Buisson, *De la division la plus naturelle des phenomenes physiologiques*, Paris, 1802, s.57. Bkz. MAGENDIE, *Recherches physiologiques* s. 2, n.1.

[49] Cabanis, *Du degre de certitude de la medecine* (3.bas., Paris, 1819), s.76-77.

çünkü kendisi de onun bir belirtisinden ibarettir. Bu nedenle hastalık hiçbir zaman, canlıdan ya da modellerinden (mekanik) ve bileşenlerinden (vücut sıvıları, kimyasallar) ayrı düşünülmez. Dirimselcilik ve anti dirimselcilik, hayatın hastalık deneyi içindeki bu temel önceliğinden kaynaklanır. Hayat bilgisi Bichat'la birlikte kaynağını, hayatın yıkımında ve onun tamamen karşıtında bulur; hastalık ve hayat, hakikatlerini ölüme ifade ederler; onları bütün inorganik özümsemelerden oldukları gibi adlandıran ve ölümün çemberiyle muhafaza eden o özgül, o indirgenemez hakikate. Hayatı kendi kökenlerinin derinliklerine çok önceden yerleştiren Cabanis, onu sadece ölümle ilişkisi çerçevesinde düşünen Bichat'tan, doğal olarak daha mekanistiktir. Hayat bilgisi, Rönesans'ın başlarından XVIII. yüzyılın sonuna kadar kendi içine kapanıp kendisini hayranlıkla izleyen hayatın çemberine alınmıştır; Bichat'tan sonra ise, hayatla ilişkisinde "sendelemiş" ve hayattan, kendini gözlemlediği aynadaki ölümün aşılmaz sınırıyla ayrılmıştır.

Böyle bir dönüştürme, şüphe yok ki tıbbî bakış için gayet zor ve paradoksal bir görevdi. İnsanların korkusu kadar eski olan hatırlanması zor bir eğilime, hekimlerin gözlerini hastalığın yok edilmesine, tedaviye, hayata çevirir: Mesele hayatın eski haline getirilebilmesiydi. Ölüm, hekimin sırtında, bilgisinin ve becerinin hükümsüz kaldığı büyük bir tehdit olarak devam etmekte; sadece hayat ve hastalık için değil onları inceleyen bilgi için de tehdit oluşturmaktadır. Bichat'la dayanağını değiştiren tıbbî bakış, hayat ve hastalık konusunda ölümden, zaman ve hareketler konusunda da ölümün kesin hareketsizliğinden açıklama talep eder. Tıbbın, hakikatini kurması gereken unsuru, başarısızlığının apaçıklığında arayan o en eski dikkatinden kaçması gerekmiyor muydu?

Fakat Bichat, tıbbı ölüm korkusundan kurtarmaktan daha çoğunu yaptı. O ölümü, özgün karakteristikleriyle temel değerde bir deney olarak varsaymış ve böylece teknik ve kavramsal bir bütüne dahil ederek birleştirmiştir. Öylesine ki Batı tıp tarihinde-

ki büyük kopuş, kesin olarak klinik deneyin klinik anatomi haline geldiği âna tarihlenir. Pinel'in *Klinik Tıp* [Médecine clinique] adlı eseri 1802 tarihlidir; *Tıp Devrimleri* [Les Revolutions de la Medecine] 1804'de ortaya çıkar; tahlilin kuralları, saf semptomatik bütünlerin çözülüp açığa çıkarılmasında başarı kazandığı görülür. Fakat Bichat onları bir yıl önce zaten tarihin derinliklerine gömmüştür: "Yirmi yıl boyunca, hasta yataklarının başucunda durur ve sabahtan akşama kadar, kalp, akciğer, mide hastalıklarını içeren notlar tutarsanız, sizin için her şey, her şeyin diğerinin anlamını dışladığı ve size birbiri ardına gelen ama birbirini tutmayan fenomen sağlayan semptomlardaki karışıklıktan ibaret olacaktır. Birkaç kadavra açın: Gözlemin tek başına dağıtamadığı karanlığın hemen o ânda dağıldığını göreceksiniz."[50]

Yaşayan gece, ölümün parlaklığında dağılır.

---

[50] X. Bichat, *Anatomie générale*, Önsöz, s. XCIX.

9
görünmez görünür

Ölümün görüş alanından hastalık, yakınlıklarının ve sonuçlarının birbirine bağlandığı bir çıkış yerine, yer altında ama haritalanabilir bir yurda sahiptir; hastalığın biçimlerini yerel değerler tanımlar. Kadavradan yola çıkarak, paradoksal olarak yaşadığı fark edilir. Ne eskimiş olan organların birbirini etkilemesi konusu, ne de komplikasyonların birleşimine ilişkin yasalara ait olan, kendi özgün yollarına ve yasalarına sahip bir yaşamdır bu.

1. Dokusal iletişim ilkesi

Roederer ve Wagler, *morbus mucosus'u* [mukoza hastalığı] sindirim kanalının iç ve dış yüzünü tamamen etkileyebilecek bir iltihap olarak önceden tanımlamışlardır,[1] bu mevcudiyet Bichat'ın genelleştirdiği bir gözlemdir: Patolojik bir fenomen, organizmadaki dokusal kimlik aracılığıyla saptanmış olan ayrıcalıklı bir hattı takip eder. Her zar tipinin kendine has patolojik tarzı vardır: "Hastalıkların, hayatî özelliklerin tahrifatıdır ve her bir doku diğerlerinden bu hayatî özelliklerle ilişkisi çerçevesinde ayrılır, do-

[1] Roederer ve Wagler, *Tractatus de morbo musoco* (Göttingen, 1783).

layısıyla dokuların hastalıklara göre farklılık göstermesi gerektiği apaçıktır.".[2] Beyinzarının orta kısmı, aynı akciğer zarı ya da karın zarı gibi su toplayabilir, çünkü her ikisinde de seröz zarlar söz konusudur. Sadece sistemsiz benzerliklere, ampirik fikirlere ya da sinir sisteminin varsayımsal belirlenmesine dayanan uzuvların birbirini etkilemekte olan ağı, şimdi katı bir yapı analojisine dayanmaktadır: Beyin zarları iltihaplandığında, gözün ve kulağın duyarlığı alabildiğine hassaslaşır; testis kesesinin iltihaplanmasında enjeksiyonla müdahale edildiğinde bel bölgesinde ağrılara yol açar; bağırsak zarındaki iltihap, "kas esnekliğiyle etkileşmesiyle" bir beyin hastalığına yol açabilir.[3] Artık patolojik hat kendi zorlayıcı yollarına sahiptir.

2. Dokusal geçirimsizlik ilkesi

Bir önceki ilkeyle bağlantılıdır. Alanlar halinde yayılan hastalıklı süreç, bir dokuyu yatay olarak takip eder; diğerlerine dikey olarak nüfuz etmez. Başka bir organdan etkilenen kusma, mide sümüksü zarıyla değil, lif dokusuyla ilgilidir; kemik dış zarı hastalıklarının kemikle ilgisi yoktur ve bronşlardaki nezle sırasında plevra bozulmaz. Bir organın fonksiyonel bütünlüğü, bir patolojik olgunun bir dokudan diğerine iletilmesini zorlamak için yeterli değildir. Torbadaki testis, kendisini saran kesedeki iltihabın ortasında zarar görmeden kalır.[4] Beynin iç bölümünün hastalığa yakalanması nâdirdir, ama beyin zarının orta kısmı sıklıkla hastalanır ve bu hastalıklar, beyin zarında görülenlerden çok farklı bir tiptedir. Her doku katmanı kendi patolojik karakteristiğini muhafaza eder. Hastalığın yayılması, yakınlıkla ya da çakışmayla değil, eş şekilli yüzeylerle ilgilidir.

---

[2] X. Bichat, *Anatomie generale, önsöz*, I. Cilt, s. LXXXV.

[3] X. Bichat, *Traite des membranes* (MAGENDIE baskısı), s.122–123.

[4] *A.g.e.*, s.101.

3. Burgusal nüfuz ilkesi

Bu ilke, ilk iki ilkeyi tekrar dile getirmeden sınırlar. Katmanlar arası nüfuz biçimlerini kabul ederek h kuralını, bölgesel etki kurallarıyla ve geçirimsizlik kurallarıyla dengeler. Bir hastalığın, bitişik dokulara iyice nüfuz edecek kadar uzun sürdüğü olur: Bu, bir organın tüm dokularının art arda etkilendiği ve "tek bir kitlede birbirine karıştığı" kanser gibi kronik hastalıklarda rastlanan durumdur.[5] Bu kadar kolay belirlenemeyen geçişler de vardır: Bir zardaki bozukluk kendi fonksiyonlarını, bir dölleme ya da temasla değil de, bir dokudan diğerine, bir yapıdan bir fonksiyona ilerleyen çifte bir hareketle, bitişiğindekini etkilemeden neredeyse tamamen engelleyebilir. Lifli dokuların iltihaplanmasıyla mide dokusunun sümüksü salgısında sorun olabilir ve entelektüel fonksiyonlar örümceksi zardaki lezyonlarla etkilenebilir.[6] Dokular arasındaki nüfuz biçimlerinin daha karmaşık olması muhtemeldir: Kalp dış zarı iltihabı, kalpteki zar dokularına yayılarak, bu organın aşırı büyümesine neden olan fonksiyonel bir bozukluğa ve nihayet kas yapısında bir değişikliğe yol açabilir.[7] Akciğer zarı iltihabı, başlangıçta sadece akciğerlerden birinin akciğer zarıyla ilgilidir; fakat kronikleşme halinde, hastalığın etkisiyle tüm akciğeri saran ve albümin içeren bir sıvı salgılar; akciğer zayıflar, faaliyeti, fonksiyonu duracak kadar azalır, öyle ki yüzey ve hacim dokuların önemli bir kısmının yok olduğunu düşündürecek kadar küçülür.[8]

4. Dokulara saldırı tarzının özgünlüğü ilkesi

İzlediği yol ve işleyiş alanı önceki ilkeler tarafından belirlenen bozulmalar, sadece saldırdıkları noktaya değil, aynı zamanda

---

[5] X. Bichat, *Anatomie generale*, I. Cilt, önsöz, s. XCI.

[6] *A.g.e.*, s.XCII.

[7] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lesions organiques du cœur et des gros vaisseaux.*

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

mevcut bozulmaların doğasına ait olan bir tipolojiden kaynaklanır. Bichat, sadece görülebilir iltihapların ve sert kanser urlarının çeşitli tarzlarının tanımlanmasından çok uzaklaşmadı. Laennec, daha önce gördüğümüz gibi,[9] bozulmaların (doku, biçim, beslenme, pozisyonla ilgili ve son olarak yabancı cisimlerin varlığına bağlı olan) genel tipolojisini oluşturmayı denemiştir. Fakat yapı bozukluğu nosyonu bile, bir dokunun içsel yapısının saldırıya uğrayabileceği çeşitli yolların tanımlanmasında yetersizdir. Dupuytren, bir dokunun başka bir dokuya dönüşmesini ve yeni dokuların oluşum sürecini ayırt etmeyi önerir. Organizma bir durumda, düzenli olarak var olan, ama genellikle sadece başka bir lokalleşmeye dayanan bir doku üretir: Doğaya aykırı kemikleşmeler gibi. Bunun yanında hücre, yağ, lif, kıkırdak, kemik, serozite, sinovya, sümük oluşumları da sıralanabilir; burada söz konusu olan *bozulma* değil, yaşam kurallarından normal bir durumdan *sapmadır*. Yeni bir dokunun yaratıldığı aksi durumda ise, bünyenin kuralları tamamen bozulmuş demektir; lezyonlu doku, doğada var olan herhangi bir dokudan farklılaşır: İltihaplanma, urlar ve kanser uru çeşitleri gibi. Nihayet Dupuytren, bu tipolojiyi dokusal lokalleşme ilkelerine eklemleyerek, her zarın kendine has bir bozulma tipine sahip olduğunu saptar: Örneğin sümüksü zarlar için polipler ve seröz zarlar için su toplanması.[10] Bayle, veremin değişimini bu ilkeyi uygulayarak baştan sona izleyebilmiş, süreçlerinin uyumunu kavrayabilmiş, biçimlerini saptayabilmiş ve veremi, semptomatolojik olarak benzer, ama kendisini bütünüyle farklı bir bozulma tipiyle dışa vuran hastalıklardan ayırabilmiştir. Verem, akciğerin yumrulu, ülserli, taşlı, tanecikli, melanozlu* ya da kanserli biçimi ve "giderek düzensizleşme" olarak karakterize edilmiştir. Ayrıca sümüksülerin iltihaplanmasıyla

---

[9] Bkz. *supra*, s.134.

[10] *Bulletin de l'Ecole de Medecine de Paris*'in içinde, " Anatomie pathologique" makalesi, XIII. Yıl, 1. okul yılı, s.16–18.

* Dokularda renk maddesinin aşırı toplanmasına bağlı olarak deri renginin anormal koyulaşması, *–ç.n.*

(nezle), seröz salgıların bozulmasıyla (akciğer zarı iltihabı) ve özellikle de, yine bizzat akciğerdeki, ama iltihaplanmanın biçimine bağlı bir değişiklikle kronik plöropnömoni karıştırılmamalıdır.[11]

5. Bozulmanın bozulması ilkesi

Önceki kural genel olarak, çeşitli atak tarzlarını kat eden ve sırasıyla kullanan diyagonal etkileri hesaba katmaz. Oysa farklı bozuklukları birbirine bağlayan, basitleştirici etkiler söz konusudur: Akciğer iltihabı ve nezle, tüberküloz oluşturmaz, ama veremin gelişimini kolaylaştırır.[12] Kronikleşme ya da en azından atağın belirli bir süre boyunca kalıcılığını muhafaza etmesi, bazen bir hastalığın, yerini bir diğer hastalığa bırakmasını kolaylaştırır. Beklenmedik bir kan toplanması tipindeki beyin kanaması, damarlarda şişmeye (baş dönmesi, göz kararması, görsel yanılsamalar, kulak çınlamaları bundan ileri gelir) ya da şâyet bir noktada yoğunlaşmışsa, damarlarda yırtılmaya, kanamaya ve doğrudan felce yol açar. Fakat kan toplanması yavaş seyrediyorsa, önce beyinde bir kan sızıntısı (kasılma ve ağrılar eşliğinde) meydana gelir.

Kanla karışınca yoğunlaşan başkalaşan ve tepkisiz adacıklar biçiminde birbirine bitişen bu maddenin karşılık geldiği beyin zarında yumuşama başlar (felçler bu nedenledir); son olarak beyin parankiminde* ve hattâ sık sık da beyin zarının orta kısmındaki damar sisteminde tam bir karışıklık oluşur. Beynin ilk yumuşama biçimlerinden itibaren bir sıvı sızıntısı, sonra da kimi zaman çıban gibi toplanan irinin sızıntısı saptanabilir; en sonunda damarların kanamasına ve şiddetli bir biçimde gerilmesine bağlı iltihabın yerini, irin akıntısı ve damarların aşırı gevşemesi alır.[13]

---

[11] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, s.12.

[12] *A.g.e.*, s.423-424.

* Bir organ ya da bezin görev yapan dokusudur. Örneğin, beyin parankimi denildiğinde beynin bütünü anlaşılır.-*v.n.*

[13] F. Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encephale et ses*

Patoloji kürsüsünün kurallarını tanımlayan bu ilkeler, takip etmek gereken muhtemel yolları önceden târif eder. Hastalığın saydam damarlarını sergiler, mekânın ve gelişimin ağını tespit eder. Hastalık, kendi filizlenme biçimlerini, kendi kökleşme biçimlerini ve imtiyazlı gelişme bölgelerini içeren büyük bir organik bitkilenme yapısı edinir. Organizma içinde, kendine has çizgi ve alanlara göre uzamsallaşan patolojik fenomenler, yaşayan süreçleri takip eder. Buradan iki sonuç çıkmaktadır: Hayattan beslenen ve "her şeyin birbirini takip ettiği ve birbiriyle ilişkilendiği bu karşılıklı ilişki etkinliğine" dâhil olan hastalık, bizzat hayata kancalanmıştır.[14] Artık dışarıdan getirilmiş bir vaka ya da nitelik değil, sapmış bir fonksiyonda değişime uğramış bir hayattır. "Her fizyolojik fenomen, son tahlilde doğal durumlarında incelenen canlı bedenlerin özellikleriyle ilişkilenir; her patolojik fenomen, bunların çoğalması, azalması ve bozulmasıyla türer."[15] Hastalık, hayat içindeki bir sapmadır. Ayrıca hastalıklı bütünler, yaşayan bir özgün modele göre düzenlenir: Küçük urların ve kanserlerin bir hayatı vardır; iltihabın bir hayatı vardır; hastalığı nitelendiren eski dörtgen (tümör, kızarıklık, ateş, ağrı), tabakalar halindeki çeşitli organik dizilimler boyunca süren gelişimi ortaya çıkartmakta yeterli değildir. Hastalık kılcal kan damarlarına, ayrışma, kangren, sertleşme, irin akıntısı ve apseyle [çıbanla] sirayet eder; lenf dolaşım sistemi kılcal damarlardaki hareket eğrisi ise, ayrışmadan, beyaz ve yumrulu irinleşmeye ve oradan da tedavi edilemeyen yiyip bitirici ülserlere kadar gider.[16] Öyleyse, hayata saldıran bir hastalık fikri, çok daha yoğun olan *patolojik hayat* nosyonu ile değiştirmelidir. Hastalıklı fenomenler, nozolojik bir öz olarak değil, hayatın konusu ile aynı yerde temellenmiş olarak anlaşılmalıdır. "Hastalıklara bir düzensizlik gözüyle bakılmış ve genel-

---

dependances, I, s.98–99.

[14] X. Bichat, *Anatomie generale*, IV. Cilt, s.591.

[15] *A.g.e.*, I, önsöz, s. VII.

[16] F.-J. Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques* (Paris, 1808), I. Cilt, s.54–55.

likle birinin diğerine tamamen bağlı olduğu ve belirli bir sona doğru uzanan bir fenomenler dizisi olarak bakmakta başarısız olunmuştur. Patolojik hayat tamamen ihmal edilmiştir."

Bu nihayet hastalığın kaotik olmayan, yani uysal gelişimi değil midir? Ama bu durum, zaten uzun zamandan beri edinilmişti; hastalık dünyasına düzen yeni anatominin ortaya çıkışından çok önce botanik olağanlık ve klinik formlara bağlılıkla birlikte taşınmıştır. Yeni olan düzenleme olgusu değil, düzenlemenin tarzı ve temelidir. Hastalık görünüş ve kaynağını, Sydenham'dan Pinel'e kadar, şeylerin *doğa*sı ve düzenine ilişkin genel rasyonel yapıdan almıştır. Patolojik fenomen Bichat'tan bu yana, organik özgünlüğüyle edindiği somut ve zorunlu formlara dayanan bir *hayat* temelinde algılanmıştır. Hayat, geniş doğa nosyonunun nozolojide oynadığı rolü, sonlu ve değişkenlikle tanımlanmış sınırlılığını patolojik anatomide oynayacaktır; o hastalığın, kendi düzensizliklerinin düzenli kaynaklarını bulduğu, bitip tükenmez ama kapalı bir zemindir. Felsefî bir ufku uzun dönemde değiştiren teorik değişim. Peki, bu değişimin algı dünyasını ve hekimin hastaya yönelttiği o bakışı hemen etkilediğini söylemek mümkün müdür?

Kuşkusuz, çok önemli ve kesin bir yolla. Hastalığın fenomenleri burada yeni ontolojik desteklerini bulur. Klinik "adcılık", paradoksal olarak tıbbî bakışın belirlediği serbest ve görünürle görünmezin yerleşilmemiş bölgelerinin griliğinde kalan, hem fenomenlerin bütünü, kuralları hatırladıkları nokta, hem de bağıntılarının katı kuralı olan bir şeyi sürüncemede bırakmıştır. Hastalık sadece semptomlardaki doğrulukta vardır ve verili semptomlardaki doğrudan ibarettir. Hayatî süreçlerin hastalığın içeriği olarak keşfedilmesi, bu içeriğe uzak ya da soyut olmayan bir temelin düzenlenmesine imkân verir: Açıkça görünür olana mümkün olduğu kadar yakın bir temel. Hastalık artık sadece hayatın patolojik biçimi olacaktır. Hayatın düzeni üzerinde salınıp duran ve onu tehdit eden büyük nozolojik özler, şimdi kendisiyle çevrelenmiştir: Hayat şimdidir, şimdi de mevcuttur ve hastalığın *ötesi*nde se-

zilebilir olandır ve hastalık, sırası gelince, hayatının hastalıklı formunda kendi fenomenleriyle birleşir.

Dirimselci bir felsefî etkinin yeniden canlandırılması? Bordeu'nun ya da Barthez'in düşüncesinin Bichat'a alışılmış geldiği doğrudur. Ama şâyet dirimselcilik, organizmanın sağlıklı ya da hastalıklı fenomenlerinin özel yorumlanma şeması olursa, patolojik anatominin keşfindeki olayın açıklanmasında yetersiz bir kavram olarak kalır. Bichat, yaşayanın özgüllüğü temasını sadece, hayatı daha derin ve daha belirleyici bir ontolojik düzeye taşımak için yeniden ele almıştır. Bichat'ya göre özgüllük, inorganik olandan farklılaşan bir karakteristikler bütünü değil, organizmanın cansıza karşıtlığının algılandığı, konumlandığı ve bir çatışmanın tüm pozitif değerleriyle yüklü olduğu dizidir. Hayat organizmanın biçimi değildir, ama organizma, hayata karşıt olana ve hayatta olmayana karşı direnci çerçevesinde, hayatın görünür biçimidir. Solidizm* ve humorizm** arasındaki tartışma gibi, dirimselcilik ve mekanikçilik arasındaki tartışma da, çok geniş bir ontolojik kaide olan doğanın bu yorumlayıcı modellerin hareketine yer verdiği kadar anlamlıdır: Normal ya da anormal fonksiyon, ya önceden var olan bir biçime ya da özgül bir tipe atıfla açıklanabilir. Fakat hayatın sadece bir doğal figürler dizisini izah etmediği, dirimselcilik fikri bile, fizyolojik ve patolojik fenomenler için genel unsur rolünü yeniden edinmesinden itibaren içeriğin özsel anlamını kaybetmektedir. Bichat, hayata ve patolojik hayata bu denli temel bir statü atfederek, tıbbı, dirimselcilik bağlamlı tartışmalardan kurtarmıştır. XIX. yüzyıl başlangıcında çoğu hekimin, nihayet sistemlerden ve spekülasyonlardan kurtulduklarına ilişkin teorik düşünce ediniminin sebebi bu müdahaledir. Cabanis ve Pinel benzeri klinikçiler kendi yöntemlerini gerçekleşmiş

---

* Katı bir ontolojik gerçeklik olarak maddenin, sağlam ve sarsılmaz bir varoluşu içerdiği düşüncesi.—*y.n.*

** Dört Sıvı Teorisi; insan vücudunda siyah safra (*Yun.* melan chole), sarı safra (Yun. chole), balgam (Yun. phlegm) ve kan (Yun. haima) adında dört adet sıvı mevcuttu. İnsan vücudundaki organların fonksiyonları, vücutta mevcut bulunduğuna inanılan bu dört sıvının dengesi sayesinde düzenleniyordu –*y.n.*

felsefe kabul ediyorlardı,[17] ama patolojik anatomistler yöntemlerinde, algılamayı öğrenerek en sonunda ele geçirebilecekleri bir felsefesizlik, ilga edilmiş bir felsefe bulurlar: Burada olup biten basitçe, algılarını dayandırdıkları ontolojik temelli bir yön değiştirme meselesiydi. Mutlak bir teorik indirgemeye yerleşilmiş gibi görünüyordu. Tam da hayatın radikal yorumlanması nedeniyle ortaya çıkan bir serap etkisi.

Bu epistemolojik düzeyde ve kendi sonuçlarının düzeninde hayat, üstünkörü düzeyde sadece inorganiklikten ayırt edilebilir, hayatın kudretini mutlak biçimde tehdit eden ve yok etme tehlikesi taşıyan bir şey olarak, ölüme derinlemesine bağlıdır. XVIII. yüzyılda, düzenli bir doğası olduğu, dolayısıyla da hem doğa hem de karşı-doğayı içerdiği kabul edilen hastalığın, özünde doğal yaşamı tehlikeye attığı da kabul edilirdi. Hastalık Bichat'tan sonra aynı ikili rolü, bu kez yaşam ve ölüm arasında yerine getirecektir. İyi anlayalım: Hem geçmişin hem de çağın deneyiminden yoksunluk, sağlıktan hastalığa ve hastalıktan ölüme giden yol, patolojik anatominin ortaya çıkışından çok önce bilinmektedir. Oysa, bilimsel olarak düşünülüp tıbbî bir algı çerçevesinde yapılandırılmamış olan bu ilişki, XIX. yüzyıl başlarında, iki düzeyde incelenebilecek bir figür edinmiştir. Önceden bildiğimiz şey: Mutlak bir görüş ve hayatın hakikatine açılış (sözcüğün, en teknik olanına kadar her anlamıyla) noktası olarak ölüm. Ama ölüm aynı zamanda, hayatın gündelik pratikte gelip dayandığı şeydir; canlı onda doğal olarak kendi varlığında çözülmektedir. Ve hastalık, hayatın ölümle ilişkisinin daimi, içsel ve devingen boyutuna dahil olmak üzere eski tesadüfî statüsünü kaybeder. İnsan, hasta düştüğü için ölmez; esasen ölebileceği için de hastalanır. Ve hayat-hastalık-ölüm arasındaki kronolojik ilişkide bir başka figür, hastalığın belirtilerini özgürleştirmek için hayatı ve ölümü birbirine ilikleyen ve daha derin ve daha eski bir başka figürün izi çıkmıştır ortaya.

---

[17] *Bkz.* örneğin Pinel, *Nosographie philosophique*, giriş s.XI; ya da C.-L. Dumas, *Recueil de discours prononcés à la Faculte de Medecine de Montpellier* (Montpellier, 1820), s.22–23.

Ölüm yukarıda, patolojik vakaların zamanını, yüzeylerin bir okuması olarak toplayan bu bakışın koşulu olarak ortaya çıkmıştı; hastalığın, en sonunda gerçek bir söyleve eklemlenmesine yol açıyordu. Artık, hastalığın kendi varlığı içindeki kaynak olarak, hayata içsel ama ondan daha güçlü olması nedeniyle, sağlığını bozan, yolundan çıkaran ve nihayet ortadan kaldıran o imkân ortaya çıkmaktadır. Ölüm, hayatın imkânlarından üretilmiş hastalıktır. Şâyet Bichat'a göre, patolojik fenomenin fizyolojik sürece bağlı olduğu ve ondan türeyerek ayrıldığı doğruysa, bu türeme, kendisinin oluşturduğu ve hastalıklı olguyu ele veren boşluk içinde ölüme dayanır. Hayat içindeki sapma, hayatın kendi düzeniyle ilgilidir, ama ölüme doğru bir hayatın.

Patolojik anatominin ortaya çıkışıyla birlikte "yozlaşma" kavramının önem kazanması buradan kaynaklanır. Eski bir nosyondur bu: Buffon meseleyi, özgül tiplerinden farklılaşan bireylere ya da birey dizilerine uygulamış,[18] hekimler de bu konudan, toplum yaşamının, uygarlığın, kuralların ve dilin yavaş yavaş yapaylıklar ve hastalıklar hayatına mahkûm ettiği sağlıklı doğal insanlığı içeren zayıflığı tanımlamak amacıyla yararlanmışlardır. Yozlaşmak, mükemmellik ve zamanlar hiyerarşisinin zirvesinde, doğal hakkın biçimlendirdiği başlangıç statüsünden başlayan bir düşüşü tanımlamaktadır; tarihsel olanın, düzensizin ve karşı-doğanın en olumsuzları bu nosyonda toplanmıştır. Bichat'tan sonra, nihayet kavramsallaştırılmış bir ölüm algısına dayanan yozlaşma, azar azar verili bir pozitif içerik kazanacaktır. Corvisart, iki anlamın sınırındaki organik hastalığı, "bir organın ya da herhangi bir canlı varlığın bütününde ya da bir bölümündeki rahat, düzenli ve daimi faaliyetin, daimi ve algılanabilir bir biçimde zarar görecek ya da yozlaşacak kadar doğal durumundan çıkması" olarak târif eder.[19] Bu, anatomik ve fonksiyonel bozukluğun muhtemel biçimlerini kapsayan geniş bir tir, fakat yozlaşmanın doğal duruma göre kat edilen aşamadan ibaret olması nedeniyle, aynı zamanda

[18] Buffon, Histoire naturelle, *Œuvres completes* (Paris, 1848), III. Cilt, s.311.

[19] Corvisart, *Essai sur les maladies et lesions organiques du cœur*, s.636–637.

olumsuz bir tanımdır. Ama yine de şimdiden pozitif bir tahlilin ilk adımına izin veren olumlu bir târiftir, çünkü Corvisart yozlaşma biçimlerini, "yapı bozuklukları", simetrideki değişiklikler ve "varlığın fiziksel ve kimyasal tarzlarındaki" değişimler olarak saptamıştır.[20] Dolayısıyla sözü edilen yozlaşma, patolojik fenomenin tekil noktalarına yerleşen dışsal eğridir; aynı zamanda onların hassas yapılarına yol gösteren okunma ilkesidir.

Kavramın bu kadar genel bir çerçeveye yerleşen uygulanma noktası ihtilaflara açık olmuştur. Martin[21] organik hastalıklarla ilgili bir sunumunda sadece, dokunun içsel formunu ya da yapısını değiştiren gerçek yozlaşmaları, dokusal formasyonların (bilinen ya da yeni bir tipteki) karşıtı olarak gösterir. Öbür taraftan yozlaşma teriminin oldukça belirsiz kullanımını eleştiren Cruveilhier, kavramı, organizmanın sağlık durumuna paralel olmayan dokular yaratan düzensiz faaliyet alanına ikame eder. Çoğunlukla "yağlı grimsi bir yapı" gösteren bu dokulara, urlarda, organlara zarar verecek biçimde oluşmuş aykırı kitlelerde, ülserlerde ya da fistüllerde* rastlanır.[22] Laennec'e göre, yozlaşmadan kurala bağlı kalan iki vakadan söz edilebilir: Bir doku, organizmada farklı bir biçim ve farklı bir lokalleşme içindeki başka bir dokuya dönüştüğünde (kıkırdakların kemik, karaciğerin yağ olarak yozlaşması); ve bir doku, daha önce örneği olmayan bir yapılanma ya da düzenlenme biçimine geçtiğinde (lenf bezlerinin ya da akciğer parankimasının verem şeklinde yumrulaşarak yozlaşması; yumurtalıkların ya da testislerin sert kanser uru olarak yozlaşması).[23] Ama her iki durumda da, dokuların patolojik çakışmasıyla beliren bir yozlaşmadan söz edilemez. Beyin ve omuriliğin en dış zarının görünür kalınlaşması her zaman kemikleşme değildir;

---

[20] A.g.e., s. 636, n.1.

[21] Bkz. *Bulletin des Sciences médicales*, 5. Cilt (1810).

* İki organ ya da doku yüzeyi arasında normalde bulunmaması gereken kanal, *ç.n.*

[22] J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique* (Paris, 1816), I. Cilt, s.75–76.

[23] R. Laennec, *Dictionnaire des sciences médicales*, "Degeneration" (1814), VIII. Cilt, s.201–207.

anatomik incelemede, beyin ve omuriliğin en dış zarı bir yana, beyin ince zarını diğer yana ayırmak mümkündür. O zaman, zarlar arasına yerleşmiş bir doku ortaya çıkar, ama bu doku zarlardan herhangi birinin yozlaşmış gelişimi değildir. Yozlaşmadan ancak dokusal yapıda gelişen bir süreçten bahisle söz edilecektir; yozlaşma dokunun kendine has evriminin patolojik boyutudur. Bir doku, doku olarak *hastalandığında* yozlaşmış olur.

Bu dokusal hastalık üç göstergeyle karakterize edilebilir. O ne basit bir düşüş ne serbest bir sapmadır. Kesin yasalara uymak zorundadır: "Doğa, varlıkların oluşumunda nasılsa, yok oluşunda da daimi yasalara bağlıdır."[24] Öyleyse organik yasallık sadece istikrarsız ve hassas bir süreç değil, aşamalarının saptadığı zorunlu hattâ, tersine çevrilebilir bir yapıdır: "Hayatın fenomenleri, bozulma durumunda bile yasaları izler."[25] Düzenleniş düzeyi giderek güçsüzleşen figürlerin gösterdiği hattır bu. İlk olarak morfoloji donuklaşır (kuralsız kemikleşmeler), sonra organizma içi farklılaşmalara (siroz, akciğer hepatizasyonu) rastlanır ve son olarak dokunun içsel bağıntısı kaybolur. İltihaplandığında, atardamarlardaki hücre zarı "domuz yağı gibi kesilmeye imkân tanır"[26] ve karaciğer dokusu kolaylıkla yırtılabilir. Düzensizlik, çekirdeklerin ülserleşmesinin sadece parankimanın değil, bizzat yumruların da yok olmasına neden olduğu vereme bağlı yozlaşmaya benzer biçimde, kendi kendini yıkabilir. Öyleyse yozlaşma, inorganikliğe bir dönüş değildir, ya da bu dönüşten ziyade, eksiksizce ölüme yönelmelidir. Yozlaşmayı karakterize eden düzensizlik, organik olmayanın değil, cansızın, öz-yıkım sürecine yakalanmış olan hayatın düzensizliğidir: "Kendi haline terk edildiğinde akciğerde, nihayet bozulmaya ve ölüme neden olan aşamalı bir düzensizlik üreten akciğer lezyonlarını, akciğer veremi olarak ta-

---

[24] R. Laennec, *Traite inédit d'anatomie pathologique*, giriş ve birinci bölüm, s.52.

[25] Dupuytren, *Dissertation inaugurale sur quelques points d'anatomie* (Paris, XII. Yıl), s.21.

[26] Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encephale*, I, s.88–89.

nımlamalıdır."[27] İşte bu nedenle, hayata sıklıkla eşlik eden ve hayatı boyunca ölümle yüzleşmesini tanımlayan bir yozlaşma biçimi vardır: "Bu, yazarların büyük çoğunluğunun, organlarımızın bazı bölümlerinin kendi faaliyetinin yol açtığı bozukluklar ve lezyonlar kadar önem vermeye değer görmediği bir fikirdir."[28] Yıpranma, organik faaliyetin silinemez zamansal boyutudur: Dokuları fonksiyonları dışına taşıyan olgunun etkinliği aracılığıyla düzensizleştiren sessiz çalışma, basitçe, "direnci bastırmaya" muktedir "dışsal faillerin çoğulluğuyla" karşılaşma sırasında ölçülür. Ölüm, faaliyetin ilk anından başlayarak ve dışarıyla ilk karşılaşmada, tehlikenin hemen yakında olduğunu azar azar belli etmeye başlar: Ölüm kendini sadece muhtemel bir rastlantı biçiminde ima etmez; hayata eşlik eden hareketler ve zamanlar biçimleri, onu oluşturan ve yok eden tek yapıyı oluşturur.

Hayat ilkesinde yozlaşma, ölümün hayat ile ayrılamaz bağının zorunluluğu ve hastalığın en genel ihtimalidir. Bir kavram olarak ölümün patolojik anatomi yöntemiyle bağlantısı artık bütün açıklığıyla ortaya çıkmıştır. Anatomik algıda ölüm, dışarıdan bakıldığında hastalığın gerçek varlığa dâhil olduğu görüş noktasıdır; Hayat-hastalık-ölüm üçlüsü, zirvesi ölümle sonuçlanan bir üçgene eklemlenir; algı, hayatı ve hastalığı, sadece ölümü kendi bakışıyla çevreleyerek bir bütün olarak kavrayabilir. Ve artık algılanan yapılardaki aynı düzenlenme biçimi, aynada tersine çevrilmiş olabilir. Bir sapma ihtimali olarak hastalık ve gerçek ömür süresiyle hayat, kökenlerini ölümün unutulmuş derinliklerinde bulurlar; ölüm, onların var oluşunu alttan alta yönetir. Anatomik bakış nezdinde, hastalığın geçmişi kapsayan hakikatini dile getiren ölüm, onun reel formunu öngörü aracılığıyla mümkün kılar.

Tıp yüzyıllar boyunca, hastalık-hayat ilişkilerini hangi eklemlenme tarzının tanımlayacağını aramıştır. Onların mücadelelerine, birlikte var oluşlarına, etkileşimlerine, hem kavramsal imkân

---

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

[28] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques su cœur et des gros vaisseaux*, giriş, XVII.

hem de algılanan tamlıkta temellenen bir formu sadece üçüncü bir terimin müdahalesi verebilmiştir; bu üçüncü terim ölümdür. Hastalıkta temellenen ölüm, organizmanınkiyle çakışan bir mekânda içerilmiştir; onun çizgilerini takip eder ve onu parçalara ayırır; onun genel geometrisiyle düzenlenir; üstelik onun özelliklerine yönelerek biçimini değiştirir. Ölüm, teknik ve kavramsal bir organona (araç, *–ç.n.*) dâhil edildiği andan itibaren, hastalık hem uzamsallaşabilmiş hem de kendine has hale gelmiştir. Mekân ve birey, ilişkili iki yapı olarak zorunlulukla ölüm-kerterizli bir algıdan türemiştir.

Hastalık, hayatın derinliklerinde, fakat dokusal tepkilerin anlaşılmayan zorunlu yollarını izler. Peki hastalığın görünür bedenine, onu klinikçinin bakışı için tamamen anlaşılır kılan: yani belirtileriyle tanınabilir, dolayısıyla bütünündeki eksiksiz özü tanımlayan semptomlarla anlaşılabilen o gizemsiz fenomenler dizisine şimdi ne olmuştur? Bütün anlatım, özgül ağırlığını yitirme ve hem dilbilgisel yapısı hem de semantik zorunluluğu olan bir dizi yüzeysel olaya indirgenme tehlikesiyle karşı karşıya değil midir? Bedenlerin kapalı dünyasında hastalığa suskun yollar belirleyen patolojik anatomi, klinik semptomların önemini azaltmış ve görünüre ait yöntembiliminin yerine, hakikatin, erişilemez rezervinden, sadece süredurum halindeki, parçalanmış kadavranın şiddetine ve buradan da yaşayan anlamlamanın, muazzam geometrisi yararına silindiği biçimlere geçerek ortaya çıktığı, daha karmaşık bir deney ikame etmiştir.

Belirtiler ve semptomlar arasındaki ilişkilerin yeniden tersine dönmesi. Belirti, klinik tıbbın erken biçiminde semptomların doğasıyla aynı kabul edilir.[29] Hastalığın kendine has belirtilerinin her görünüşü, bilgili bir tıbbî okumanın onu hastalığın kronolojik bütünü içine oturtabilmesi şartıyla, özsel bir değişiklik olmadan belirti kıymetine sahip olabilmektedir. Her semptom potansiyel

[29] Bkz. supra, s.92.

bir belirtidir ve belirti de basitçe okunmuş bir semptomdur. Oysa bir klinik anatomi algısında semptomun tamamen suskunlaşması muhtemeldir ve silâhlı olduğuna inanılan dikkate değer çekirdeğin namevcutluğu kanıtlanabilir. Görünür semptomlardan hangisi kesin olarak akciğer veremine işaret etmektedir? Ne kronik nezle durumunda bulunan ve bir veremlide bulunmayan solunum güçlüğü; ne zatürreeye has ama veremde her zaman rastlanmayan öksürük; ne de akciğer zarı iltihabında sık rastlanan, ama veremlilerde çoğunlukla alabildiğine geç rastlanan yoğun ateş.[30] Semptomların suskunluğundan kaçınılabilir, ama alt edilemez. Belirti, elbette ki bu dolambaçlı rolü yerine getirir: O artık, ifade gücünü içeren bir semptom değil, semptomdaki temel dışavurum yokluğunun yerine geçendir. Bayle 1810'da, veremin tüm semiyolojik göstergelerini (endikasyon) geri çevirmekte ve reddetmekte zorlanmıştı: Mevcut göstergelerin hiçbiri açık ya da kesin değildir. Dokuz yıl sonra Laennec, safra ateşli bir akciğer nezlesine yakalandığını düşündüğü bir hastayı dinlerken, sesin doğrudan doğruya göğüsten ve yaklaşık bir parmaklık küçük bir yüzeyden geldiğini sanır. Muhtemelen bu yüzey, bir akciğer lezyonunun, akciğer gövdesindeki bir tür açılmanın sonucudur. Aynı fenomene yirmi kadar veremlide daha rastlar; ardından bunu, akciğer zarı iltihabı teşhisinden oldukça benzer bir fenomenden ayırır: Burada da ses âdeta göğüsten çıkmaktadır, ama doğal haline göre daha keskindir; zayıf ve titrek gibidir.[31] Laennec böylece "pektoriloki"yi* akciğer vereminin tek patogonomik** bulgusu, "egofoni"yi de*** akciğer zarı iltihabında akciğer zarındaki sıvı toplanmasının belirtisi olarak ortaya koyar. Klinik anatomi deneyindeki belirtinin, klinik yöntemin daha birkaç yıl önce atfettiği anlamdan bütünüyle ayrı bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.

---

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

[31] Laennec, *Traite de l'auscultation mediate* (Paris, 1819), s.I.

* Göğüsten gelen hırıltılı ses, *–ç.n.*

** Bir hastalığın özel belirtisi, *–ç.n.*

*** Göğüsten gelen ve keçi sesine benzeyen ses, *–ç.n.*

Zimmermann'ın ya da Pinel'in algısındaki belirti, hastalığın kendine has görüntülerinde işgâl edilen yüzey daha fazla, daha kesin, daha anlamlıdır: Böylece ateş, yerinde bir deyimle "ateş" adını taşıyan bu hastalık dizisinin genel kabul görebileceği başlıca semptom ve bu nedenle en kesin ve öze en yakın belirti olmuştur. Laënnec'e göre belirtinin değeri semptomların artışıyla ilgili değildir; belirtinin marjinal, sınırlı ve neredeyse algılanamaz karakteri, hastalığın görünür bedenini (genel ve kesin olmayan unsurlardan oluşan) çaprazlama geçerek sezilemeden hastalığın doğasını etkilemesine izin verir. Belirti aynı nedenle saf klinik algıdaki istatistiksel yapıyı da tecrit eder: Bir kesinlik üretebilmesi için çakışan bir diziye bağlı olmak zorundadır ve bu da bütünün, hakikati taşıyan, rastlantısal düzenlenme biçimidir. Artık sadece belirti konuşmaktadır ve bildirimleri zorunludur: Öksürük, kronik ateş, zayıflama, balgam çıkarma ve kan tükürme ile verem ihtimali güçlenir, fakat her şeye rağmen hastalık kesin değildir. Hastalığa muhtemel bir yanlışa sürüklenmeden işaret eden tek bulgu, pektorilokidir.* Sonuç olarak klinik belirti hastalığın kendisine, klinik anatomi belirti ise lezyona göndermede bulunmaktadır; tabiî birbirinden farklı hastalıklarda bazı ortak doku bozukluklarına rastlandığında, belirtilerin ortaya çıkarttığı hastalık, düzensizliğin doğası hakkında hiçbir şey söyleyemeyecektir. Bir akciğer hepatizasyonu** saptanabilir, ama belirtiyle ilgili gösterge, hepatizasyonun kaynaklandığı hastalıktan bahsedemeyecektir.[32] Demek ki belirti asla patolojik bir öze değil; sadece, lezyondaki vakaya atıfta bulunabilir.

Dolayısıyla anlamlı algı, ilk var oluş biçimindeki ve anatomik yöntemle değiştirilmiş halindeki klinik dünyasında, epistemolojik açıdan farklıdır. Bu farklılık, Bichat'tan önce ve sonra nabız ölçme tarzında bile belirgindir. Menuret'e göre nabız, hastalığın özünde bulunan kendine has doğal görüntüsünü tam olarak akta-

* Göğüs hırıltılısı, *-y.n.*

** dokuların karaciğeri andıracak biçimde sertleşmesi, *-y.n.*

[32] A.-F. Chomel, *Elements de pathologie generale* (Paris, 1817), s.522–523.

rabilmesi nedeniyle bir semptomun belirtisidir. O halde, "sık, güçlü, yoğun" nabız atışı gibi bütün göstergeler, kan fazlalığına, hızlı kalp atışlarına, damar sistemindeki tıkanıklığın ve şiddetli bir kanama ihtimalinin göstergesidir. Nabız "çeşitli nedenlerle makinenin yapısını, fonksiyonlarının en önemli ve en yaygın olanlarına tutunur; maharetle kavranmış ve geliştirilmiş karakteristikleriyle, insanın bütün içini açığa çıkarır"; "hekim, tanrının bilimine" onun sayesinde "ortak olur."[33] Bordeu, büyük nabız atışıyla, göğüs ve karında hissedilen nabız atışlarını tasnif ederken nabzın algı biçiminde değişiklik yapmaz. Her zaman, evrimi sırasında belli bir patolojik durumu anlamak ve en iyi ihtimalle gelişimini tahmin etmek söz konusudur. Göğüste hissedilen sıradan bir nabız atışı tam, yumuşak ve rahattır; "bu nabız türünü diğerleriyle karıştırmayı imkânsızlaştıran bir rahatlık ve mutedillikle ve yumuşak bir salınım zorlamasıyla" bir çeşit ikili dalga oluşturan nabız atışları eşit ama değişkendir.[34] Bu durum göğüs bölgesindeki bir boşaltımın belirtisidir. Öbür taraftan Corvisart, hastasının nabzını alarak bir hastalığın semptomunu değil, bir lezyonun bulgusunu araştırır. Artık nabzın yumuşaklık ya da sıklık niteliklerinin anlamlı bir değeri yoktur; ama klinik anatomi deneyi, nabız atışlarının durumuyla lezyon tipleri arasındaki çift anlamlı tutarlıkların tablosunu oluşturmaya imkân tanımıştır. Nabız atışları, komplikasyonsuz aktif damar balonlaşmalarında güçlü, sert, titrek ve sık, basit pasif damar balonlaşmalarında ise yumuşak, yavaş ve düzenlidir; kolay gizlenebilir. Sürekli damar daralmalarında düzensiz ve oynaktır, eşit değildir, anlık damar daralmalarında ise kolay ölçülemez ve bazen düzensizdir. Kaslardaki taşlaşma, kemikleşme ve yumuşama durumlarında güçsüzdür ve sezilemez; bir ya da birden fazla kalın kas demetinin kopması durumunda ise, hızlı, sık ve kuralsızdır, ritmik kasılmalıdır.[35] Burada artık Tan-

[33] Menuret, *Nouveau traite du pouls* (Amsterdam, 1768), s.IX-X.

[34] Bordeu, *Recherches sur le pouls* (Paris, 1771), I. Cilt, s.30–31.

[35] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lesions organiques du cœur*, s.397–398.

rınınkiyle benzeşen ve doğal hareket yasalarına uygun bir bilim değil, fiziksel yapıyı tanımlayan belli sayıda algının formülasyonu söz konusudur.

Belirti artık hastalığın doğal dilini konuşmaz; sadece tıbbî araştırmanın sorularıyla biçimlenir ve değerlenir. Demek ki, hiçbir şey belirtinin mevcut araştırmada gerekli görülmesini ve neredeyse yaratılmasını engellemez. Belirti artık hastalığın kendiliğinden belirttiği şey değildir, araştırmanın tutumuyla hasta organizmanın karşılaşma noktasıdır. İşte Corvisart'ın, önemli bir teorik sorunla karşılaşmadan, Auenbrugger'in görece eski ve unutulan keşfini yeniden canlandırabilmesi böylece açıklanmış olur. Bu keşif, iyi tesis edilmiş patolojik bilgilere dayanmaktadır: Birçok akciğer hastalığında, göğüs boşluğundaki hava hacminin azalması. Bu durum basit bir deneyden elde edilen bir veriyle de açıklanır: Bir fıçıya vururken sesin toklaşması, fıçıdaki doluluğun düzeyini gösterir; aynı şey sonunda kadavra üzerinde yapılan bir deneyle doğrulanır: "Herhangi bir bedende, ses gelen göğüs boşluğuna bir sıvı enjekte edildiğinde, ses, göğsün sıvıyla dolan seviyesinde anlaşılmayacaktır."[36]

Klinik tıbbın XVIII. yüzyılın sonlarında, semptomun görülmediği yerde suni bir belirti ortaya çıkartan ve şayet hastalık kendisini dışa vurmuyorsa sorumluluk arayışına giren yukarıdaki tekniğe aldırış etmemesi doğasıyla ilgilidir: Klinik, tedavinin kendisinin okumasında da bekle-gör yöntemini takip etmektedir. Fakat kliniğin, patolojik anatomi tarafından bedeni organik yoğunluğu içinde incelemeye ve sadece anlaşılmaz katmanlardaki verili şeyi yüzeye çıkarmaya zorlanmasıyla birlikte, lezyonu bulabilecek teknik ustalık becerisi fikri yeniden bilimsel temelli bir fikir haline gelmektedir. Auenbrugger'e [*"belirtisi"*ne, *–y.n.*] dönüş, bir Morgagni'ye dönüş olarak, yapıların aynı biçimde yeniden düzenlenmesiyle açıklanabilir. Perküsyon (küçük parmak vuruşlarıyla yapılan muayene, *–ç.n.*), hastalık bir semptomlar ağı bileş-

[36] Auenbrugger, *Nouvelle methode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine* (Çev.: Corvisart, Paris, 1808), s.70.

kesi ise işe yaramaz; hasta enjeksiyon yapılmış bir kadavradan, yarı dolu bir fıçıdan başka bir şey değilse zorunlu hale gelir.

Bu suni ya da doğal belirtileri yerleştirmek, yaşayan bedene patolojik-anatomik eşleştirmelerin tamamından oluşan bir ağ yansıtmak: Geleceğin otopsisini noktalarla işaretlenmiş hatlara göre belirlemektir. Öyleyse sorun, derinliklerdeki ayrıntılandırılmış katmanları yüzeye çıkarmaktır. Semiyoloji artık bir *okuma* değil, *yansıtıcı bir patolojik anatomi*nin oluşmasına imkân veren teknikler bütünü olacaktır. Klinikçinin bakışı, dolaysızca bir patolojik vakalar dizisi ve alanında toplanmaktadır; hem eş zamanlı hem art zamanlı olmak zorundadır, fakat her durumda zamansal bir itaatle konumlanmıştır; *bir diziyi incelemektedir*. Anatomo–klinikçi'nin bakışı *bir hacmi eşlemek* zorundadır; işi, tıpta ilk kez üç boyutlu olan uzamsal verilerin karmaşıklığıyla meşguldur. Klinik deney, *görünürün ve okunurun karma ağından oluşan* bir oluşumu içerirken, yeni semiyoloji, bir çeşit *duyumsal üçleme* gerektirmektedir; çeşitli atlaslarla iş birliği içinde olması gereken ve o zamana kadar tıbbî tekniklerin dışında tutulmuş bir üçlemedir bu: Görmeye, işitme ve dokunma eklenir.

Hekimler, idrarların tadına onlarca yüzyıldan beri bakmışlar, dokunmaya, vurmaya, dinlemeye ise çok daha sonra başlamışlardır. Bunun nedeni, nihayet Aydınlanma'nın ilerlemeleriyle kaldırılan ahlâkî yasaklar mıdır? Ama böyle açıklandığında, Corvisart'ın, İmparatorluk Dönemi'nde perküsyonu [*parmaklar yardımıyla muayene usulü*] yeniden icât etmesi ve Laennec'in, ilk kez Restorasyon Dönemi'nde kadınların göğsüne kulağını dayaması anlaşılamayacaktır. Ahlâkî engel, ancak epistemolojik ihtiyaç oluştuğunda söz konusudur. Bilimsel zorunluluk, yasağı şöyle açıklamıştır: Bilgi gizi keşfeder. Zimmermann, dolaşımın kuvvetini keşfedip öğrenmek için şimdiden, "hekimlerin doğrudan kalbe dokunarak konuyla ilgili gözlem serbestisine sahip olmalarını" talep etmiştir, ama "hassas ahlâkımızın, bu konuda, özellikle kadınlarda bizi engellediğini" de görmektedir.[37] Double 1811'de,

[37] Zimmermann, *Traite de l'experience medicale*, II, s.8.

bu "sahte iffeti" ve "aşırı baskıyı", bu türden bir uygulamaya hiç sakınca görmeden izin verileceğini düşündüğü için değil, ama "gömleğin üzerinden titizlikle yapılacak bu muayenenin, son derece incelikle gerçekleşebileceği" için eleştirir.[38] Genel kabul görmesi nedeniyle bu ahlâkî paravan, teknik bir arabuluculuk haline gelecektir. Nedeni olduğu ve keşfettiği yasakla güçlenen *libido sciendi* (Spinoza'nın kullandığı bir terim; şehvet derecesinde bilme tutkusu –*ç.n.*), bu yasağı keşfettiği kaçamak yollarla daha da buyurganlaştırarak harekete geçirir: ona bilimsel ve toplumsal mazeretler yükler, onu, etikten daha kolay yalıtıyormuş numarası yaparak zorunluluk hanesine kaydeder, onu muhafaza eden ve çaprazlamasına kesen yapıyı yine onun üzerine tesis eder. Dokunmayı engelleyen şey utanma değil, kirlilik ve sefâlettir; masumiyet değil, bedenlerin çirkinliğidir. Doğrudan oskültasyon (vücuda kulağı dayayıp dinleme, –*ç.n.*), "hasta için olduğu kadar hekim nezdinde de rahatsız edicidir; sadece tiksinti bile bunu hastanelerde neredeyse uygulanamaz hale getirmektedir. Uygulama çoğu kadına daha yeni teklif edilebilir duruma gelmiştir, dahası bazı kadınlarda göğüslerin iriliği, pratik olarak fiziksel bir engel teşkil eder". Stetoskop, bir tiksinmeye ve somut bir engele dönüşmüş yasaklamaya ayarlama sağlar: "genç birine 1816 yılında kalp hastalığı belirtileri nedeniyle konsültasyon yaptım; hastanın şişmanlığı elle yoklama ve perküsyondan sonuç almamın önüne geçiyordu. Hastanın yaşı ve cinsiyeti, sözünü ettiğim yoklama türünü (kalp bölgesine kulak dayama yöntemi) bana yasaklıyordu, çok iyi bilinen akustik bir fenomeni hatırladım, kulak, direğin bir tarafına dayanırsa, ses öteki uca hafifçe dokunulsa bile açıkça duyulur."[39] Stetoskop, o katılaştırılmış mesafe, derinde bulunan ve görünmeyen olayları yarı-dokunmayla, yarı-işitsel bir eksen boyunca aktarır. Bedene dışsal olan enstrümantal aracılık, ahlâkî mesafeyi ayarlayan bir gerilemeye izin verir; fiziksel bir dokunuşun yasaklanması, uzaklarda, görünür alanın altında olup

[38] F.-J. Double, *Semeiologie generale*.

[39] R. Laennec, *Traite de l'auscultation mediate*, I. Cilt, s.7–8.

biten şeyin fiili imajını saptamaya imkân tanır. Saklı olan için, utanmanın ufku bir yansıtma paravanıdır. Görülemeyen, kendisini, görülmemesi *gerekenin* mesafesinde gösterir.

İşte, böyle silâhlandırılmış olan tıbbî bakış, tek başına "bakış" sözcüğünün ifade ettiğinden fazlasını kucaklayarak, farklı duyumsal alanları tek bir yapıda içermektedir. Görme-dokunma–işitme üçlüsüyle tanımlanan, erişilemeyen hastalığın işaretlerle izlendiği, derinlemesine ölçüldüğü, yüzeye çekildiği ve kadavranın dağınık organlarına fiilen yansıtılan algısal bir yapılanmadır. "Göz atmak", görünmeyenin uzamsal görüşle saptanmasıyla karmaşık bir düzenleme haline gelmiştir. Her duyu organı kısmî bir enstrümantal fonksiyonu yerine getirir. Ve elbette ki en önemlisi gözün fonksiyonu değildir; görme, "deri dokusundan ve zarların başlangıcı" dışında neyi kavrayabilir? Fakat dokunma, iç tümörleri, urlu kitleleri, yumurtalıktaki şişkinlikleri, kalpteki büyümelerin saptanabilmesine imkân tanır. Kulağa gelince, kulak perküsyonla "kemik parçalarındaki çıtırdamayı, anevrizma halindeki uğultuları, göğüs ve karındaki az çok açık sesleri" duyar.[40] Tıbbî bakışa artık çok duyulu bir yapı bahşedilmiştir. Dokunan, dinleyen ve üstelik doğası gereği olmadan ya da zorunluluk duymadan gören bakış.

Alışkanlık bir defada oluşmaz: bir tıp tarihçisinden alıntı yapacağım: "Kesip parçalamanın kadavrada ifşa ettiklerini, kulak ya da parmakla canlı üzerinde bulabiliriz, hastalıkların tanımlanması ve nihayet tedavi, yepyeni bir yola girmiştir."[41]

Özü kaçırmamak gerekir. Dokunsal ve işitsel boyutlar görme alanına basitçe ilâve edilmemiştir. Klinik anatomi algısı için vazgeçilmez olan duyusal üçleme, görünürün baskın izini taşımaktadır, çünkü çoklu-algı, otopsi ile temsil edilecek bakışın mevcut zaferini sezinleyip davranış geliştirmekten ibarettir. Kulak ve el, sa-

[40] A.-F. Chomel, *Elements de pathologie generale* (Paris, 1817), s.30–31.

[41] Bkz. Daremberg, *Histoire des sciences medicales* (Paris, 1870), II, s.1066.

dece, ölümün, görünürün açık seçik mevcudiyetini hakikate geri vermesini beklerken kullanılan geçici organlardır; ölümün beyaz görkemi içinde ne olup bittiğini göstermek için, *hayat*ta, yani *karanlık*ta yapılan bir eşleştirme söz konusudur. Ve anatominin keşfettiği bozulmalar, özellikle, organların ya da dokularının, yani bakışın doğruluğuyla beliren uzamsal verilerin "biçimi, büyüklüğü, konumu ve yönü" ile bağlantılıdır.[42] Laennec, yapı bozukluklarından bahsederken, mesele görünürün ötesindekiler ya da usta bir dokunuşa duyarlık gösterenler değil, kesintiye uğrama, sıvı birikmesi, anormal büyüme ya da kendisini dokuların şişmesi ve kızarmasıyla belirten iltihaplardır.[43] Her hâlükârda, algısal muayenenin [*eksplorasyon*] temeli ve mutlak sınırı, daima asgari potansiyel bir görünürlüğün açık yüzeyiyle belirlenmiştir. Bichat, anatomistlerden bahsederken "Üzerine eğildikleri şey, öğrendiklerinden ziyade bir tefekkürdür. Düşünüp tasarlamaktan çok görmeleri gerekir." der.[44] Corvisart iyi çalışmayan bir kalbi, Laennec'in titreyen tiz bir sesi duyduğunda, işittiklerini gizlice takip eden ve bunları canlandıran bir bakışla gördükleri şey, aşırı bir büyüme, bir sıvı toplanmasıdır.

Böylece, patolojik anatominin keşfinden itibaren tıbbî bakışın suretleri çıkar: Lokal ve sınırlandırılmış bir bakış vardır, duyu alanlarından yalnızca birini kapsayan, görünür yüzeyler dışındaki bir şeyi incelemeyen ve dokunma ve işitme arasında kalmış olan bakış. Ama bir de mutlak bakış vardır, kesinlikle tümleştirici olan, bütün algısal deneyleri oluşturan hâkim bakış. Gözün, kulağın ve dokunuşun çok daha alt düzeyinde ortaya çıkartılan şeye, egemen bir birlik yapısı atfeden, bu bakıştır. Hekim tüm duyuları açık olarak gözlem yaparken, bir başka göz şeylerin temel görünürlüğüne yönelerek ve tekil duyuları dolambaçlı yollara

---

[42] X. Bichat, Essai sur Desault, *Œuvres chirurgicales de Desault*'un içinde, (1798), I, s.10–11.

[43] Laennec, *Dictionnaire des Sciences medicales*, II. Cilt, "Anatomie pathologique" makalesi, s.52.

[44] X. Bichat, Essai sur Desault, *Œuvres chirurgicales de* Desault'un içinde, I, s.11.

zorlanan yaşamın saydam verisi arasından, açık ve âdil, ölümün anlaşılır katılığına başvurur.

Klinik anatominin buyruğundaki mevcut tıptan türeyen algısal ve epistemolojik yapı, *görünmez görünürlüğün* yapısıdır. Doğası gereği göz için yaratılan hakikat, bu yapıdan kaçırılmış, ama bundan kurtulmaya çalışan şeyle hemen açığa çıkmıştır. Bilgi, *örtüler*in toplamının birbirini etkilemesine uygun olarak *gelişir*; saklı unsur, saklı içeriğin biçimini ve ritmini edinir, bu onun, bizzat *perde*nin saydam olma niteliğiyle aynı yapıda olduğuna işaret eder.[45] Anatomistlerin hedefi, "parçalarımızı saran saydamsız örtüler, onların deneyimli gözlerinde, artık toplamın birbirini etkileyen parçalarını ve ilişkilerini keşfedilmeye bırakan saydam bir perdeden başka bir şey olmadığında" pratiğe uygulanmıştır.[46] Bireysel duyular, bu örtüleri çevrelemeye ya da kaldırmaya çalışarak, onların arasını gözetler; canlı merakları, çekingenlikten utanmadan yararlanmaya (kanıt stetoskop) kadar, bin çeşit yol bulur. Ama bilginin eksiksiz gözü, boğuk ya da tiz seslere, çınlamalara, çarpıntılara, sert ve yumuşak derilere, çığlıklara şimdiden el koymuş ve onları kendi çizgiler, yüzeyler ve hacimler geometrisinde emmiştir. Görünürün hükmetmesi. O ölüm ve gücü bir kez daha ilişkilendiren buyurganlık. Saklayan ve örten şey, hakikati saklayan gece perdesi, paradoksal olarak hayattır. Ve ölüm tersine, bedenlerin kara kutusunu gün yüzüne çıkarır. Eğer patolojik anatomiyi, yakan bir kültürün gömen bir kültüre dönüştüğü bir uygarlık olgusu olarak incelemek uygun olursa (neden olmasın), belirsiz hayat, duru ölüm ve Batı dünyasının en eski düşsel değerleri, orada, bizzat patolojik anatominin anlamı olan tuhaf bir yanlış anlamada kesişir. XIX. yüzyıl tıbbı, hayatı kadavralaştıran ve kadavrada, hayatın kopmuş, kırılgan damarını bulan bu ne yapacağı bilinmez bu mutlak gözden ufkundan yitip gidememiştir.

---

[45] Bu yapı tersine XIX. yüzyıl başına ait değildir; genel görünümüyle, XVIII. yüzyılın ortasından beri Avrupa'daki bilgi ve erotizm formlarına egemendir ve XIX. yüzyılın sonuna kadar öyle kalır. Bunu incelemeyi daha sonra deneyeceğiz.

[46] X. Bichat, Essai sur Desault, in *Œuvres chirurgicales de Desault*, I, s.11.

Eski zamanlarda hekimler, ölümle ancak, var oluşun yavaş yavaş genişletilen sınırlarıyla ya da en azından ölümsüzlüğün büyük miti aracılığıyla bağlantı kurmuşlardır.[47] Başka insanların hayatına göz kulak olan bu insanlar artık onların ölümleriyle, bakışın hassas ve özenli biçimi aracılığıyla bağlantı kurarlar.

Tabiî, hastalığın verili mutlak görünürlük düzeyindeki tıbbî deneye yansıması, saydamsız zeminin ötesine geçemez. Bakışın alanına girmeyen şey, muhtemel bilgi alanı dışına düşerek ölçeğin dışında kalır. Bununla birlikte, hekimlerin önceki yıllar boyunca kullandığı bazı bilimsel teknik içeriklerinin reddedilmesi bu nedenledir. Bichat mikroskop kullanımını bile geri çevirmiştir: "Karanlığa bakıldığında herkes kendi tarzında görür."[48] Patolojik anatominin kabul ettiği tek görünürlük tipi, gündelik bakışla tanımlanmış olandır: (mikroskopla incelemede olduğu gibi) Suni olarak çoğaltılmış bir bakış tekniğinin bir süre için ihlal ettiği doğası bozulmuş bir görünmezlik değil, zamansal bir görünmezlikteki saydam bir saydamsızlık örtüsü altında fiilen kontrol eden uygun bir görünürlüktür bu. Patoloji uygulanmış dokuların analizi yıllar boyu, bize bilinmeyen gibi görünen, ama yapısal bir zorunluluk olarak, en eski optik âletlerle yapılmıştır.

Kimyanın reddi daha da kayda değerdir. Lavoisier pratiğindeki bir tahlil, yeni anatomide epistemolojik model işlevini yerine getirmişti,[49] fakat bakışının teknik uzantı fonksiyonu işlememiştir. XVIII. yüzyıl tıbbında deneysel fikirlerinde bir kıtlık söz konusu değildir; iltihaplı ateşin dayanağının bilgisi araştırılırken, kan tahlilleri yapılmıştır: Pıhtılaşmış kitlenin ortalama ağırlığıyla "kitleden ayrılan lenfin ağırlığı" karşılaştırılmış, damıtmalar yapılmış ve hem hastada hem de sağlıklı kişide bulunan tuz ve yağ kitleleriyle katı kitleler ölçülmüştür.[50] XIX. yüzyılın başlarında bu

---

[47] Bkz. yine XVIII. yüzyılın sonunda HUFELAND'ınki gibi bir metin, *Makrobiotik oder der Kunst das Leben zu verlagen* (Iena, 1796).

[48] X. Bichat, *Traite des membranes* (Paris, VIII yıl), s.321.

[49] Bkz. *supra* (bundan önceki kısımlara bakın), Bl. VIII.

[50] Langrish ve Tabor'un, Sauvages tarafından aktarılan deneyleri, *Nosologie methodique*, II. Cilt, s.331–333.

deneysel aygıtlar yok olur; ortaya çıkan yegâne teknik mesele, iltihaba bağlı ateşe yakalanan hastanın kadavrasının açılmasıyla birlikte, görünür bozukluklara rastlanıp rastlanmayacağını bilmektir. "Hastalığı haber veren bir lezyonu belirlemek için" diye açıklar Laënnec, "bu lezyonun fiziksel ya da duyumlanabilir karakteristiklerini tanımlamak, gelişiminde ve sonlanmasında takip ettiği seyri göstermek genellikle yeterlidir; çok basit olması ve sadece 'birkaç fiziksel karakteristiği göstermeyi' hedeflemesi şartıyla, en fazla bazı 'kimyasal reaksiyonlar' kullanma ihtimali söz konusudur. Böylece bir karaciğer ısıtılabilir ya da yağlı mı albüminli mi olduğu bilinmeyen bir yozlaşmışlık üzerine bir asit dökülebilir."[51]

Bakış, sadece o muhtemel bilginin katışıksız alanını hâkimiyetinde tutar; görünmez yapılar düzeyinde, ölçüm, içerik ya da bileşim sorunlarına yer açan tekniklerin müdahalesi geri çevrilmiştir. Analiz, berraklaşmış düzenlenme biçimlerine, nihayet inorganik yapılanmalarına doğru belirsiz bir derinleşme yönünde yapılmaz; bu yönde, hemen bakışın gösterdiği mutlak sınıra çarpar ve buradan dikey bir çizgi izleyerek, yanlamasına, özel niteliklerin ayırt edilmesine doğru kayar. Görünürün, görünmez içinde çözülmeye hazır olduğu hattâ, yok olmanın mevcut sınırında, tekillikler devreye girer. Kendine özgülüğe ilişkin bir söylem yeniden mümkün olur ya da daha ziyade zorunlu hale gelir, çünkü bu, bakış için, kendini deneyin biçimlerinde yok edecek ayrıcalıklardan kaçınmanın tek yoludur. Görünürlük ilkesi, vakalar arası farkların okunması ilkesiyle bağıntılıdır.

Sürecin erken biçimindeki klinik deneyden gayet farklı bir okunması. Analitik yöntem "vakayı", sadece semantik destek fonksiyonu bağlamında kabul etmiştir; dâhil olduğu birlikte varoluş ya da dizi biçimleri, rastlantısal ya da değişken olarak kapıldığı durumu bozmaya imkân vermektedir; okunaklı yapısı kendisini ancak temel olmayan unsurun niteliğini ortadan kaldırarak

---

[51] R. Laennec, *Introduction et chapitre I du Traite inédit d'anatomie pathologique* (V. Cornil tarafından bas., Paris, 1884), s.16-17.

gösterir. Klinik, başlangıçta kendine özgülüklerin başlangıç boyutundaki hacimsel eksilme devam ettiği sürece bir vakalar bilimi olarak kabul ediliyordu. Anatomik yöntemde kendine özgü olanın algısı, en hassas, en farklılaşmış, paradoksal olarak rastlantıya en açık ve en açıklayıcı yapının oluşturduğu dörtkenarlı bir uzamın terimlerinde verilidir. Laennec, bir kalp hastalığının tipik semptomlarını gösteren bir kadını gözlemler: Şiş ve solgun yüz, mor dudaklar, eller ve ayaklarda ödem, kesik, hızlı, tıkanmış solunum, öksürük nöbetleri, sırt üstü yatmanın imkânsızlığı. Kadavra açıldığında bir akciğer veremi anlaşılır, akciğerlerde boşluklar ve ortası sarımsı, çevresi gri ve saydam yumrular görülür. Kalp (son derece şiş olan sağ kulakçık dışında) neredeyse doğal halindedir. Fakat sol akciğer, plevraya selüloz bir bağla yapışmıştır ve burada aynı yönde ve düzensiz şeritler oluşturmuştur; akciğerin üst noktasında oldukça geniş ve birbirine geçmiş ince tabakalar vardır.[52] Veremi gösteren bu özel lezyon türünün klinik tabloya açıkça kalple ilgili bir izlenim olarak yansıması, soluk alma sürelerinde normal olmayan tıkanma ve dolaşım bozuklukları nedeniyledir. Klinik anatomi yöntemi, hastalığın yapısını sürekli bir kendine özgü düzenleme ihtimaliyle bütünleştirir. Şüphe yok ki bu ihtimal önceki tıpta da vardır; fakat sadece, öznenin tabiatının, ortama bağlı etkilerin ya da patolojik bir tipi dışarıdan değiştirmeyi tasarlayan tedavi amaçlı müdahalelerin soyut biçimiyle tasarlanmıştır. Anatomik algıda hastalık, daima belli bir "bulanıklıkta" ortaya çıkmıştır; daha baştan kendine özgü yapısını belirleyen bir yerleşme, ilerleme, şiddetlenme, hızlanma toleransı vardır. Bu yapı, patolojik sapmaya eklenmiş bir sapma değildir; zaten hastalığın kendisi esasen sapmış olan doğası içinde sürekli bir sapmadır. Kendine özgü olmayan hastalık yoktur: Bunun nedeni bireyin kendi hastalığını gözler önüne sermesi değil, ama hastalığın faaliyetinin kendiliğinden kendine özgü tepkiler vermesidir.

Tıp dilindeki bu verili yeni dönemeç bu sebeplerden kaynaklanır. Artık karşılıklı bire bir tekabül yerindeki aktarımla, görünü-

---

[52] R. Laennec, *De l'auscultation mediate*, c.I, s.72–76.

rü okunura yükseltmek ve onu düzenlenmiş bir dilin evrenselliği aracılığıyla anlamlandırmak yerine, sözcükleri daima daha somut, daha ayrı ayrı ele almak, detay farkını daha fazla dikkate alan modellemelerle, belli bir nitel titizliğe açmak söz konusudur: Rengin, yoğunluğun, bünyenin önemi, ölçüden ziyade metaforun tercih edilmesi (...kadar büyük, ...uzunluğunda...); basit işlemlerdeki kolaylık ya da güçlüğün değerlendirilmesi (yırtmak, ezmek, sıkmak); duyular arası niteliklerin önemi (düz, yumuşak, kabarık); ampirik mukayeseler ve gündelik ya da normal olana atıflar ("sağlıklı bir akciğer dokusunun doğal hırıltısıyla, parmaklarla bastırılan, yarı yarıya hava dolu, ıslak bir sidik torbasınınki arasında", doğal durumundan daha yoğun bir aracı olan duyum).[53] Artık söz konusu olan, algısal bir kesimle semantik bir unsur arasında bağıntı oluşturmak değil, dili ve algılananı, tekilliği nedeniyle sözcüğün anlamından bertaraf etmek ve nihayet söylenemediği için algılanamazlık tehlikesiyle karşı karşıya olduğu o alana çevirmektir. Bu nedenle *keşfetmek* artık, bir düzensizlikteki esas bağıntıyı *okumak* değil, dilin köpük çizgisini biraz daha uzağa itmek ve onun, algının aydınlığına hâlâ açık olan, ama bildik söze henüz açık olmayan bu kumlu bölgeyi aşmasını sağlamak olacaktır. Dili, bakışın söyleyecek sözünün olmadığı o yarı aydınlık yarı karanlığa dâhil etmek olacaktır. Çetin ve hassas bir iş; Laennec'in, sert kanser urlarının düzensiz kitlesi hariç, tıbbî algı tarihindeki ilk sirozlu karaciğeri açıkça göstermesi gibi, *gösteren* bir iş. Metnin sıra dışı biçimsel güzelliği, stilistik özeninin tüm gücüyle algıyı arayan bir dilin içsel sorumluğunu, o güne kadar anlaşılamamış patolojik bir kendine özgülüğün ele geçirilmesiyle tek bir harekette birleştirir: "Normal büyüklüğünün ancak üçte birine kadar küçülmüş olan karaciğer, olması gereken yerde âdeta saklı duruyordu; hafifçe kabarmış ve kurumuş dış yüzeyinin rengi gri-sarıydı; çizilerek yarıldığında, büyüklüğü darı tanesinden kenevir tohumuna kadar değişen bir sürü küçük yuvarlak ya da oval taneden oluşmuş gibi görünüyordu. Birbirin-

[53] *A.g.e.*, s.249.

den ayrılmaları gayet kolay olan mevcut taneler, aralarında, karaciğere has kimi doku kalıntılarının bulunabileceği bir mesafe bile bırakmıyordu; pas renginde ya da yer yer yeşile çalan kızıl sarı renkteydiler; yeterince ıslak ve saydamsız dokuları, dokunulduğunda, yumuşak olmaktan çok pörsüktü ve parmaklar arasında sıkıldığında tanelerin yalnızca küçük bir bölümü eziliyordu, kalan kısmı yumuşak bir deri parçası duygusu veriyordu."[54]

Görünmez görünürün yapısı, patolojik anatomi algısını düzenler, fakat eski haline gelebilen bir yapı esas alınırsa görülür. Hayattaki bir bireyselliğin, semptomların karşılaşmasının ve organik derinliğin, anatomik bakışın egemenliğinden önce bir süre için görünmezleştirdiği *görünür* söz konusudur. Fakat bununla birlikte kendine özgü değişimlerin, Cabanis tarzındaki bir klinik hekime bile çözülemez gelen[55] ve açık-kesin, sabırlı, aşındıran bir dilin gayretinin, nihayet herkes için *görünür*ün ortak açıklığına sunduğu o *görünmez*i söz konusudur. Dil ve ölüm, bu deneyin her düzeyinde ve tüm derinliğine uygun olarak, bunca süredir bilimsel algı nezdinde görünmez görünür –yasak ve yakındaki giz– olarak kalan şeyi sonunda ona vermek üzere oyuna girmiştir: Bireyin bilgisini.

Birey, hayatın kendini gösterdiği başlangıçtaki en keskin biçim değildir. O bilginin hizmetine ancak, kesin sonuca götüren araçlara, dilin belli bir kullanımına ve ölümün titiz bir kavramsallaştırılmasını içeren uzun bir uzamsallaştırma akımının ardından sunulmuştur. Bergson, hayatını sürdüren bireyselliği tasavvurun koşullarını, zamanda ve karşı mekânda, içsel ve sessiz bir kavrayışta, ölümsüzlüğe doğru çılgın bir at gezintisinde ararken, tam olarak yanlış anlamıştır. Bichat, yüzyıl önce daha kesin bir ders vermiştir. İnsana ilişkin bilimsel söylevi yasaklayan eski Aristocu yasa, ölüm, dilde kendi kavramının konumunu bulduğunda

[54] *A.g.e.*, s.368.
[55] Bkz. *supra*.

ilga olmuştur. O zaman mekân bakışa, bireyin farklılaşmış biçimini açmıştır.

Tarihsel uyuşmalar düzenine göre, ölümün bilgiye girişi daha gerilere uzanmaktadır: XVIII. yüzyıl sonu, Rönesans'tan beri belirsiz olan bir temayı gün ışığına çıkarır. Hayatta ölümü, hayatın değişiminde, iskeletinde, onun tebessümüyle belirlenmiş mekânında ve kendi zamanının sonunda, sayısız hayatla dolup taşan ters dönmüş bir zamanın başlangıcını görmek, geçmiş yüzyılın, Campo Santo'daki* fresklerden dört yüz yıl sonra, yeniden ortaya çıktığına tanıklık ettiği Barok deneyin bir oyunudur. Aslında Bichat, erotizmi ve kaçınılmaz sonu olan ölümü, dillerin en tutarsızına bir anda katan kişinin çağdaşı değil midir? Bilgi ve erotizm, aralarındaki içe işleyen yakınlığı bu tesadüfle bir kez daha ele verir. Ve bu yakınlık XVIII. yüzyıl sonlarında, ölümü bir görev olarak dilin sınırsız tekrarlanma girişimlerine açar. XIX. yüzyıl, ölümden inatla bahsedecektir: Goya'da iğdiş edilme ve vahşi ölüm, Géricault'da görünür, kaslı, heykelimsi ölüm, Delacroix'da ateşli, şehvetli ölüm, Lamartine tarzında, hareketli sularda ölüm, Baudelaire'deki ölüm. Hayatı tanımak işi sadece, onu ölü isteyen, alaycı, zalim, indirgeyici ve zaten cehennemi olan bir bilgide verilidir. Bedendeki en mahrem yerleri saran, okşayan, ayrıntılarıyla anlatan, derinliğine inceleyen ve üzerindeki gizli diş izlerini ortaya çıkaran Bakış, o sabit, dikkatli, biraz genişlemiş ve hayatı ölümün yüksekliğinden yaşamı mahkûm etmiş olandır.

Fakat hayattaki ölüm algısının XIX. yüzyıldaki fonksiyonu, Rönesans'takine benzemez. O zamanlar indirgeyici anlamlar taşımaktadır: Yazgı, servet ve koşullardaki farklılık, ölümün evrensel işaretiyle silinmişti ve geri alınmayacak şekilde herkesi herkese doğru çekmektedir; eşitlikçi eğlence türlerinin, yaşamın tersine, iskelet danslarının târif ettiği ölüm, serveti eksiksizce telâfi etmektedir. Benzersizliğin tersine şimdi kurucudur;

* Simetrik bir plana göre düzenlenen İtalyan mezarlıklarına verilen genel ad. En çok ünlenmiş olanı Pisa Şehri'ndedir.–*y.n.*

bireyin, monoton hayatlardan ve bu hayatların sıradanlıklarından kaçarak eriştiği şey odur; sağır ortak hayat, ölümün ağır, yarı yeraltında ama yine de görünür yaklaşımında, nihayet bireyselliğe dönüşür; kara bir çember onu yalıtır ve ona hakikatinin stilini verir. Hastalıklı olanın önemi bundan kaynaklanır. Bedenin karşıt taraflarını tutan eşik bir kez aşıldıktan sonra, *ölülerle ilgili olan*, artık ölümün homojen algısını içermektedir. *Hastalıklı olan*, hayatın, ölümde en farklılaşmış yüzünü bulacağı tarzın hilekâr algısını onaylamıştır. Hastalıklı olan, hayatın *yoğunluğu azaltılmış* biçimidir; var oluşun, hem ölümün boşluğunda güçsüzleşip tükenmesi anlamında, hem de orada, benzerliklere, alışkanlıklara ve zorunluluklara indirgenemez olan şaşırtıcı hacmini bulması anlamında: Mutlak seyrekliğinin tanımladığı *tekil* bir hacim. Veremli hastanın imtiyazı: Eskiden cüzzama yakalanmak, büyük kolektif bir ceza olarak anlaşılmıştır. XIX. yüzyıl insanı, olayları hızlandıran ve çarpıtan bu ateş içinde anlatılamaz gizini tamamlayarak akciğerle ilgilenmeye başlar. Göğüs hastalıklarının aşk hastalıklarıyla tam olarak aynı yapıya sahip olması bu nedenledir: Bunlar tutkudur, ölümün değişmeyen bir yüz verdiği hayattır.

Ölüm, eski trajik havasını bırakmıştır; artık insanın lirik özü olmuştur: Onun görünmeyen hakikati, görünür gizi.

10
ateş krizi

Bu bölümde klinik anatomi algısının kendi dengesinin biçimini bulduğu nihaî süreci inceleyeceğiz. Şâyet kendimizi olayların ayrıntısına bırakırsak bu bölüm gerçekten uzun olabilir: Temel ateşler teorisi ve teorinin Broussais tarafından eleştirisi, yaklaşık yirmi beş yıl boyunca (*Kronik Dâhili İltihaplar Tarihi*'nın ortaya çıktığı 1808'den, kolerayla ilgili tartışmaların başladığı 1832'ye kadar), tıbbî araştırmada hatırı sayılır bir yer kapladı; aslına bakılırsa gözlem düzeyinde öylesine çabuk çözülebilecek bir sorunun gerektirdiğinden daha hatırı sayılır büyüklükte bir alan. Fakat polemiğin katışıksız niceliği, olgular konusunda anlaşma sağlandığında bir mutabakata varmakta çekilen onca güçlük, patolojideki yabancı kanıtların bu denli bol kullanımı, tüm bunlar, temel bir meydan okumaya, birbiriyle uyuşmayan iki tıbbî deney tipi arasındaki çatışmaların sonuncusuna (en şiddetli ve en karışık olanına) işaret eder.

Bichat ve ilk takipçileri tarafından oluşturulan yöntem, iki sorun dizisini çözümsüz bırakmıştır.

Sorunlardan ilki, hastalığın kendi varlığının ta kendisi ve lezyonel fenomenlerle ilişkisiyle bağlantılıdır. Bir seröz sıvı boşalması, bozulmuş bir karaciğer, delik deşik bir akciğer saptandığında görülen şey, akciğer zarı iltihabı mı, siroz mu, verem midir ve

bunlar bizzat patolojik özlerine kadar görülmekte midir? Lezyon, doğası da uzamsal nitelikteki hastalığın temel ve üç boyutlu biçimi midir, yoksa hastalığın hemen ötesine, bitişik nedenler bölgesine, ya da saklı kalacak bir sürecin ilk görünür lezyonu olarak hemen berisine mi yerleştirilmelidir? Klinik anatomi algısındaki mantığın nasıl bir cevaba ihtiyaç duyduğu, açıkça – her şey olup bittikten sonra – görülür. Tıp tarihinde bu algıya ilk kez alışmaya çalışanlar için, olup bitenler o kadar açık değildir. İnce bağırsak iltihabına dayalı bütün ateş kavramını patolojik anatomi gözlemleri üzerine temellendiren M.-A. Petit, adinamik ya da ataksik (habis tifüs ateşi, *–ç.n.*) denilen bazı ateşlere eşlik eden bağırsak lezyonlarında, hastalığın özünü ve aşılamaz gerçeğini bulamadığını düşünmektedir. Burada söz konusu olan sadece, hastalığın "yerleşimidir" ve tıbbî bilgi nezdinde bu coğrafî belirleme, "hastalıkları birbirinden ayıran ve gerçek karakterlerini işaret eden genel semptomlar bütününden" daha az önemlidir. Terapi yolu, güçlendirici ilâçlar gerektiren semptomolojinin belirtilerini izlemek yerine, bağırsak lezyonlarını tedaviye giriştiği bu noktada yön değiştirir.[1] "Yerleşim", hastalığın uzamsal tutunumundan başka bir şey değildir; yerleşimin özünü gösteren, diğer hastalıklı belirtilerin açık hale gelmesidir. Öz, lezyonu tesadüfî olanın nüfuz alanına iterek, nedenler ve semptomlar arasındaki bağı kuran büyük ön koşul olarak kalır; dokusal ya da organik atak sadece, hastalığın çarpışma noktasını ve kolonileşme girişiminin gelişeceği bölgeyi işaret eder. "Bedenleri açtığımızda karşılaştığımız tüm lezyonlarda olduğu gibi, akciğer hepatizasyonu ve buna yol açan nedenler arasında da, gözümüzden kaçan birşeyler var; gözlemlenen fenomenlerin ilk nedeni olmaktan uzak olan bu lezyonlar bizzat, organlarımızın asıl faaliyetindeki özel bir bozukluğun sonucu; oysa akla gelmeyen bu faaliyet, inceleme yöntemlerimizden kurtulmayı başarıyor."[2] Hastalığın konumlandığı yerle-

[1] M.-A. Petit, *Traite de la fievre entéro-mesenterique* (Paris, 1812), s.147–148.

[2] A.-F.Chomel, *Elements de pathologie generale* (Paris, 1817), s.523.

şim, patolojik anatomi tarafından daha iyi belirlendiği ölçüde, sanki erişilemez bir sürecin içinde daha derinlere çekilmektedir.

Bir başka soru dizisi daha mevcuttur: Her hastalığın lezyonel bir bağlantısı var mıdır? Bunlara bir yer ayırma olasılığı, patolojinin genel bir ilkesi midir, yoksa bu sadece, hastalıklı fenomenlerin çok özel bir grubuyla mı bağlatılıdır? Tabiî bu durumda hastalıkların incelenmesine, patolojik anatomi alanına girmeden önce, nozografik tipte bir sınıflandırmayla (organik bozukluklar-organik olmayan bozukluklar) başlanamaz mı? Bichat, lezyonsuz hastalıklara alan açmış, ama bunları âdeta isteksizce incelemiştir: "Bazı ateş ve sinirsel hastalık türlerini dışlayın; o zaman nerdeyse her şey bu bilimin (patolojik anatomi) alanına dahil olur."[3] Laënnec ise en baştan, hastalıkların "iki büyük sınıfa" ayrıldığına ikna olmuştur: "Bir ya da birçok organda açık bir lezyonla birlikte görülenler: İşte yıllardır organik hastalıklar adıyla bilinenlerdir. Ve bedenin hastalıkların hiçbir bölümünde hastalığın kökeni olarak görülebilecek, belirli bir bozukluk bırakmayanlar: Bunlar da çoğunlukla sinir hastalıkları olarak kabul edilenlerdir."[4] Laennec bu metni yazdığı sırada (1812), ateşlere ilişkin belli bir pozisyon tanımlamamıştı; kısa bir süre sonra ayrılacağı lokalizatörlere hâlâ yakın durmaktadır. Aynı dönemde Bayle, *sinirsel* olanın değil, *hayatî* olanın *organiğ*ini ayırt eder ve organik lezyonlarla katı cisimlerdeki bozuklukların (örneğin şişkinlik) karşısına, hayatî düzensizlikleri, "hayatî özellik ya da fonksiyonlardaki bozuklukları" (ağrı, ateş, nabız hızlanması) yerleştirir; çünkü bunlar veremdeki gibi bir arada bulunabilmektedir.[5] Cruveilhier meseleyi, hemen sonra ve biraz daha karmaşık bir biçimde yeniden ele alacaktır: Basit ve mekanik olan organik lezyonlar (kırıklar), önce organik sonra hayatî lezyonlar (kanamalar); önce hayatî, sonra yerini hem derin (kronik dâhili iltihaplar), hem yüzeysel (akut dâhili il-

---

[3] Bichat, *Anatomie generale*, I. Cilt, s. XCVIII.

[4] Laennec, *Dictionnaire des Sciences medicales* "Anatomie pathologique", II. Cilt, s.47.

[5] Bayle, 2. madde "Anatomie pathologiuqe" (*a.g.e.*, s.62).

tihaplar) organik lezyonların aldığı hastalıklar; nihayet lezyonsuz hayatî hastalıklar (sinir hastalıkları ve ateşler).[6]

Nozolojinin tüm alanının, patolojik anatominin denetimi altında olduğunu ve hayatî bir hastalığın, sadece olumsuz olarak ve lezyonların araştırılmasındaki başarısızlıkla kanıtlanamayacağını dile getirmek afakidir. Ama bir sınıflandırıcı tahlil biçimine de, bizzat bu dolambaçlı yolla ulaşılır. Lezyonun türü – yeri ve nedeni değil – hastalığın doğasını belirlemektedir ve yerelleştirilebilir bir merkezi olup olmadığını bilmek, mevcut saptamanın önceki biçimleri için gereklidir. Lezyon hastalık değildir, sadece onu dayanağı olmayan hastalıkların karşıtına dönüştüren o soysal niteliği ortaya çıkaran belirtilerin ilkidir. Patolojik anatomicilerin endişesi paradoksal olarak, sınıflandırıcı düşünceye canlılık kazandırır. Pinel'in eseri de tam bu noktada, anlam ve tuhaf bir saygınlık kazanır. Montpellier ve Paris'te, Sauvages geleneğinde ve Cullen'in daha yakın zamanlardaki etkisi altında gelişen Pinel öğretisinin de sınıflandırıcı bir yapısı vardır. Ama klinik temanın ve ardından klinik anatomi yönteminin nozolojiyi gerçek içeriğinden mahrum ettiği dönemdeki gelişmesi, geçici olmakla birlikte, karşılıklı pekiştirme etkileri yaratma talihini ve talihsizliğini de içerir. Sınıf [tür, *–y.n.*] düşüncesinin, semptomların tarafsız gözlemiyle nasıl bağıntı içinde olduğunu,[7] klinik çözümlemenin, özlerin okunmasını nasıl içerdiğini[8] görmüştük; artık patolojik anatominin tastamam kendiliğinden, belli bir nozografi biçiminde nasıl düzenlendiğini görüyoruz. Oysa Pinel'in eserinin tamamı parçalanmamışlığını tek tek takviye edilmelerine borçludur. Onun yöntemi, kliniği ya da lezyonların anatomisini ancak ikincil olarak gerektirir; aslında, klinik bakışın ya da patolojik anatomi algısının, zaten var olan nozoloji içerisinde, anlık dayanaklarını ya da dengelerini aradığı geçici yapıların, reel ama soyut bir tutarlığa göre düzenlenmesi söz konusudur. Eski okuldan hekimler

[6] J. Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique* (Paris, 1816), I, s.21–24.
[7] Bkz. *supra*, böl. I, s. 13.
[8] Bkz. *supra*, böl. VII, s. 118.

arasında Pinel kadar duyarlı olanı yoktur ve tıbbî deneyin yeni biçimlerini onun kadar iyi karşılamamışlardır. Pinel gönüllü olarak klinik öğretmenliğini üstlendi ve yine gönülsüz davranmadan çok fazla otopsi yaptırmıştır; ama yeni yapıların doğuşlarında, eskilerden devralınan yolların ana hatlarını izlerken, sadece geri dönüş etkilerine maruz kalmıştır:[9] Öyle ki nozoloji her aşamada teyit edilmekte ve yeni deney önceden tasarlanmış olmaktadır. Bichat, belki de kendininkiyle nozografların yönteminin bağdaşmazlığını başından beri anlayan yegâne kişidir: "Elimizden geldiğince doğanın işleyişlerini keşfediyoruz... Şu ya da bu sınıflandırmaya abartılı bir önem atfetmiyoruz". Mevcut sınıflandırmaların hiçbiri, bize hiçbir zaman "doğanın süreciyle ilgili kesin bir resim" sunmayacaktır.[10] Öte yandan Laennec, klinik anatomi deneyinin nozolojik dağılım mekânında kuşatılmasını güçlük çıkarmadan kabul eder: Kadavraları açmak, lezyonları bulmak, "lokal hastalıklarda en sabit, en pozitif ve en az değişken olan unsurları" ortaya çıkarmaktır; yani, bunları "karakterize eden ya da belirten şeyleri" yalıtmaktır; sonuçta nozolojiye belli ölçütler sunarak, nozolojinin amacına hizmet etmektir.[11] Bu ruhla, genç kuşağı bir araya getiren ve yeni okulu sadakatle temsil eden *Société d'emulation* [Yarışma Topluluğu], 1809'da düzenlediği yarışmada ünlü soruyu sorar: "Özellikle organik kabul edilmesi gereken hastalıklar hangileridir?"[12] Elbette ki mesele, Pinel'in kopmadığı temel ateş nosyonu ve bunun organik olmama hâlidir, ama ortaya konan sorun, bu belli noktaya ilişkin olarak yine de bir sınıf ve tür sorunudur. Pinel tartışılmışsa da, Pinel tıbbı radikal verilerle yeniden değerlendirilmemiştir.

---

[9] P.A. Prost, "Corvisart ve Pinel'e bağırsakların içzarındaki iltihap ve bozuklukları" gösterdiğini anlatır "bunu tahmin etmedikleri için onları gösterdiği kadavralar bağırsakları bile açmadan ellerinden kurtulmuştu" (*Traite de cholera-morbus*, 1832, s.30).

[10] X. Bichat, *Anatomie descriptive*, 1. Cilt, s.19.

[11] Laennec, *Traite de l'auscultation*, önsöz, s.XX.

[12] Ödül almış bir bildirisinde, Martin, doku beslenmesi bozukluğuna bağlı hastalıklara ayırmak istediği hastalık teriminin sıradan kullanımını eleştirir, Bkz. *Bulletin des Sciences medicales*, 5. Cilt (1810), s.167–188.

Broussais bunu ancak, 1816'da, sekiz yıl önce *Kronik Dâhili İltihaplar Tarihi* [Examen de la Doctrine généralement admise] adlı yayınındaki eleştirileri radikal biçimde formüle ettiği *Genel Kabul Gören Doktrinin İncelemesi*'nde [Histoire des phlegmasies chroniques] yapacaktır. Fizyolojik tıbbın –açık ve beklenmedik biçimde–, patolojik anatominin nozografların vesayetinden kurtulması ve organik lezyonların algısal tahlilinde hastalıklı özler problemini taklit etmekten sakınması için, son derece kolay ve gevşek olan uzuvların birbirlerine etkisi teorisi ve iltihap kavramının genel kullanımında –Brown'un tezlerine çok yakın türden bir– patolojik monizme dönmesi gerekecektir. Zaman içinde klinik anatomi deneyine ait yapının sadece Broussais aracılığıyla dengelenebildiği unutulacak, sadece Pinel'e karşı yapılan ve buna karşılık Laennec'in denetimini yüklendiği çılgın saldırıların hatırası ve; ölçüsüz bir fizyoloğun aceleci genellemelerinden başka bir şey hatırlanmayacaktır. Tabiî yakın zamanda, iyi yürekli Mondor, ergen kaleminin ataklığında, Broussais'in ruhuna yapılacak yeniyetme hakaretlerin başlangıcını bulacaktır.[13] Düşüncesiz adam, ne metinleri okumuş ne de olayları anlamıştır.

İşte olup bitenler.

Sinir hastalıkları ve temel ateşler, XVIII. yüzyılın sonunda ve XIX. yüzyılın başındaki genel bir kanaatle organik lezyonu olmayan hastalıklar olarak düşünülmüştür. Hastalıkların organikliği ile ilgili tartışmaların farklılığı nedeniyle, ruh ve sinir hastalıklarının en azından A.-L.Bayle'nin 1821–1824 yılları arasındaki keşfine kadar olan bölümünde, kendi tarihi için oldukça özel bir statü edinmesi Pinel sayesinde olmuştur. Ateşler, on beş yıldan daha uzun bir zamandan itibaren sorunun bizzat merkezindedir.

Öncelikle XVIII. yüzyıldaki ateş kavramının bazı genel çizgi-

[13] H. Mondor, *Vie de Dupuytren* (Paris, 1945), s.176: "ayyaş cambaz tiyatrosu hekimi... kendini beğenmiş ve gürültücü şarlatan... kurnazlıkları, küstâhlığı, ağzı kalabalık kavgacılığı, tumturaklı hataları... illüzyonist kendini bilmezliği".

lerini saptayalım. Bu kavramdan öncelikle anlaşılan, bir atağa ya da hastalığa yol açan bir maddeye karşı kendini savunan organizmanın, kati tepkisidir; hastalığın akışında ortaya çıkan ateş, ters yönde hareket eder ve akıntıya karşı tırmanmaya çalışır; hastalığın değil ama hastalığa karşı bir direncin belirtisidir, "ölümden kurtulmaya çabalayan hayatın hastalığıdır."[14] Öyleyse sözcüğün tam anlamıyla, iyileştirici bir değeri vardır: Organizmanın, "*morbiferam aliquam materiam sive praeoccupare sive removere intendit*"[15]* gösterir. Ateş, arındırma amaçlı bir boşaltım hareketidir ve Stahl sözcüğünün etimolojisini hatırlatır: *Februare*, ölülerin ruhlarını bir evden âyinle kovmak.[16]

Ateşin hareketi ve mekanizması bu katilik çerçevesinde kolayca incelenir. Semptomların sırası, ateşin çeşitli evrelerine işaret eder: Titreme ve ilk üşüme duygusu, periferik bir spazmı ve deriye yakın kılcal damarlarda kan basıncının düştüğüne işaret eder. Nabız atışlarındaki sıklık, kalbin, mümkün olduğunca fazla miktarda kanı organlara geri çekerek tepki verdiğine işaret eder. Yüksek ısı, kanın aslında daha hızlı dolaştığını ve de tüm işlevlerin hızlandığını gösterir. Bununla orantılı olarak motor güçler azalır: Cansızlık duygusu ve kaslardaki dermansızlığın nedeni budur. Nihayet ter, hastalık taşıyan maddeleri temizlemeyi sağlayan bu ateşli tepkinin başarısını gösterir; ama aralıklarla gelen ateş söz konusuysa, bu sıtmadır.[17]

Semptomların ortaya koyduğu organik bağlılaşımı apaçık biçimde birleştiren bu basit anlamlandırmanın, tıp tarihi açısından üçlü bir önemi vardır. İlk olarak, lokal iltihaplanma mekanizmasına karşılık gelen ateşin genel formunun tahlili; bedenin bazı

---

[14] Boervaave, *Aphorisme*.

[15] Stahl, Dagoumer, *Precis historique da la fievre*'den alıntı (Paris, 1831), s.9.

* "Ölümcül bir maddeyi, ya önceden denetim altına almaya ya da (maddenin kendisini) ortadan kaldırmaya niyetlendiğini", *–ç.n.*

[16] *A.g.e.*

[17] Birkaç küçük değişiklikle bu şema Boerhaave'de (*Aphorismes*, 563, 570, 581), *Hoffmann*'da (*Fundamenta Medica)*, Stoll'de (*Aphorismes sur la connaissance et la curation des fievres)*, Huxham'da (*Essai sur les fievres)*, Boissier de SAuvages'te (*Nosologie methodique*, c.II) bulunur.

uzuvlarında, kanda fiksasyon, kan dolaşımının az çok güçleşmesine yol açan kasılma, ardından sistemin dolaşımı düzletme çabası ve dolayısıyla da kanın şiddetli hareketi söz konusudur. "Alyuvarların lenf damarlarına geçtiği" görülecektir; bu da yerel olarak örneğin bağ dokusu enjeksiyonuna, genel olarak da ateşe ve tüm organizmada ajitasyona neden olur. Hareket hızlanırsa, kanın en ince bölümleriyle, "lenfin bir tür jöleye dönüşeceği" kılcal damarlarda kalacak olan en yoğun bölümleri birbirinden ayrılacaktır: Genel iltihap durumunda, solunum ya da bağırsak sistemindeki iltihap akıntısı, ya da lokal bir ateş söz konusuysa apse oluşması, bu nedenledir.[18]

Fakat şâyet orada, iltihapla ateş arasında işlevsel bir özdeşlik varsa, bu sürecin temel unsurunun dolaşım sistemi olmasından kaynaklanır. Normal fonksiyonlarda çifte zaman farkı söz konusudur: İlk olarak yavaşlama, sonra aşırılık görülür; önce uyarıcı fenomen, sonra uyarılma fenomeni. "Tüm bu uyarıcı *fenomenler*, kalbin uyarılabilirliğinden ve genişleyerek açılan atardamarlardan nihayet herhangi bir uyarıdan ve dolayısıyla uyarılmış hayatın, zararlı uyarı karşısındaki direncinden kaynaklanmış olmalıdır."[19] Özündeki mekanizması lokal olduğu kadar genel de olabilen ateş, böylece kanda, kendisini lokal, genel ya da lokallaşmenin ardından genelleştirebilen organik ve yalıtabilir dayanağını bulur. Böylece ateş, yine kan dolaşımındaki bu yaygın uyarı aracılığıyla, gelişimi boyunca lokal kalan bir hastalığın genel semptomuna işaret edebilir: Demek ki etkinlik tarzında bir değişiklik olmadan, temel olduğu kadar birbirini de etkileyebilecektir. Böyle bir şemada, bir lezyonu işaret edemeyen temel ateşlerin varlığı, sorun olarak gündeme gelmemiştir. Biçimi, başlangıç noktası ya da klinik tablo yüzeyi ne olursa olsun, ateş daima aynı tipte organik dayanağa sahiptir.

Son olarak sıcaklık fenomeni, ateş hareketinin özünü kurmaktan uzaktır; kanın hareketi, yüklendiği ya da temizlediği kirlilik-

---

[18] Huxham, *Essai sur les fievres* (Fr. Çev., Paris, 1752), s.339.

[19] Stoll, Aphorisme sur la connaissance et la curation des fievres (*Encyclopedie des Sciences medicales* içinde, 7. B., C. 5, s.347.

ler, ortaya çıkan tıkanma ya da terlemeler, ateşin doğasının özünde meydana gelenleri gösterirken, bu fenomen sadece en yüzeysel ve en geçici sonucu oluşturur. Grimaud bizi, fiziksel araçlara karşı uyarır; "ısının yoğunluk derecelerini öğretmekten başka bir işe yaramayan bu derece farkları, pratikte en az önemli olanlardır; ... hekim ısıda özellikle, son derece becerikli bir dokunuşla fark edilebilen niteliklerle, fiziğin göstereceği tüm yollardan sıyrılan nitelikleri ayırt etmeye çalışmalıdır: 'göze kaçan duman'la aynı duyguyu yaratan ve bir pütrit ateşi haber veren ısının yakıcı ve uyarıcı niteliği gibi."[20] O halde ateş, ısının homojen fenomeni nedeniyle, özgül formlara ayrılmasına imkân tanıyan özgün niteliklere, bir çeşit maddî ve farklılaşmış mantıklılığa sahiptir. Öyleyse ateşten *ateşlere*, doğal ve problemsiz bir biçimde geçilmektedir. Ortak bir semptomun belirtilmesiyle özgül hastalıkların belirlenmesi arasında bize çarpıcı görünen anlam ve epistemolojik düzey kayması,[21] ateş mekanizmasının çözüldüğü verili tahlil biçimi nedeniyle, XVIII. yüzyıl tıbbı tarafından algılanamaz.

Öyleyse XVIII. yüzyıl, son derece homojen ve tutarlı bir "ateş" kavramı adına, dikkate değer sayıda "ateş"i kabul edecektir. Bunlar arasından on ikisini onaylayan Stoll, ayrıca "yeni ve bilinmeyen" ateşleri ekler. Bu yeni ateşlerin kabulü de, bazen ateşi açıklayan dolaşım mekanizmasıyla (J.-P. Franck'in incelediği ve geleneksel olarak sinok diye bilinen iltihap ateşi), bazen eteşe eşlik eden en önemli semptomla (Stahl'in, Stoll'un, Selle'nin safra biliöz ateşi), bazen iltihabın rastlandığı organlara göre (Baglivi'nin ince bağırsak askısı iltihabına bağlı ateş), bazen ateşin başlattığı boşaltımların niteliğine göre (Haller'in, Tissot'un, Stoll'un pütrit ateşi), bazen de ateşlerin mevcut biçiminin çeşitliliğine ve gelişimine göre (Selle'nin ataksik ya da habis ateşi) gerçekleşir.

Bu ağ bizim için sadece, tıbbî bakışın epistemolojik desteğini değiştirdiği günden sonra karmaşıklaşmıştır.

---

[20] Grimaud, *Traite des fievres* (Montpellier, 1791), I. Cilt, s.89.

[21] Bouillaud, *Traite des fievres dites essentielles*'deki açık tahlil (Paris, 1826), s.8.

Bichat'dan çok önce, Prost'un ilk gözlemlerinden epey önce, anatominin ve ateşlerin semptomatik tahlilinin bir ilk buluşması olmuştur. Anatomik yöntemin kendi haklarından vazgeçmesi ve bazı ateşli hastalıklara yer vermeyi reddetmesi nedeniyle, tamamen olumsuz bir karşılaşmadır bu. Morgagni, *İnceleme*'sindeki 49. belgede, kadavranın incelenmesi sırasında, şiddetli ateşten ölmüş hastalara rastlamadığını söyler: "*vix quidquam... quod Karum gravitati aut impetui responderet; usque adeo id saepe latet per quod faber interficiunt.*"[22] Ateşlerin sadece semptomları esas alınarak ve lokalleştirme gayretine girmeden incelenmesi, artık muhtemel ve de zorunludur: Farklı ateş biçimlerine bir yapı kazandırmak için, organik hacmi, sadece belirtilerin ve gösterdikleri işaretin dâhil olacağı bir dağılım mekânıyla değiştirmek gerekmektedir.

Pinel'in düzenlemesi, sadece kendi nozolojik çözme yönteminin hattında değildir, ilk patolojik anatomi biçiminin tarif ettiği yapıya aynen uymaktadır: Lezyonsuz ateşler temel, lokal lezyonlu ateşler başkasından etkilenir. Bu nedeni bilinmeyen hastalık biçimlerini karakterize eden dışsal göstergeler, kendilerini "iştahı ve sindirimi duraklatmak, dolaşımı bozmak, bazı salgıları kesintiye uğratmak, uyumayı engellemek, işitme faaliyetini uyarmak ya da azaltmak, duyuların bazı işlevlerine zarar vermek ve hatta engellemek, kas hareketlerinin her birini kendi tarzında engellemek gibi ortak özellikleri" ile belli ederler.[23] Fakat semptomların çeşitliliği, farklı türlerin okunmasına da mümkün kılar: "Haricen incelendiğinde, iltihap ya da kan damarlarındaki gerginlik bulgusunun gösterdiği" iltihaplı ya da anjiyotonik (damar tonüsünü arttıran, *–ç.n.*) bir biçim (ergenlikte, gebeliğin başında, aşırı alkol tüketimlerinden sonra çok rastlanır); hem sinirsel semptomlarla, hem de "üst karın bölgesine denk" gibi izlenen ve genellikle mide bozukluklarını takip eden ve başka daha temel

[22] Morgagni, *De sedibus et causis moborum*, Epist. 49, madde 5, ("onlar öldürür... bunların önemini ve etkisini bilen usta, onları daima baskı altında tutuyor, *–ç.n.)*

[23] Ph. Pinel, *Nosographie philosophique* (5. bas.,1813), I, s.320.

semptomlarla birlikte görülen "meningo-gastrik" bir biçim; "semptomları, bağırsak yolunun sümüksü zarındaki bir iltihabına işaret eden" adeno-meninge bir biçim [genellikle lenfatik mizaçlı hastalarda, kadınlarda ve yaşlılarda rastlanır]; "kendini özellikle dışarıdan, aşırı zayıflık ve genel kas güçsüzlüğü belirtileriyle belli eden" adinamik bir biçim (büyük olasılıkla rutubete, kirliliğe, hastane, hapishane ve amfi-tiyatrolara sık girilip çıkılmasına, kötü beslenmeye ve cinsel zevklere aşırı düşkünlüğe bağlıdır); nihayet "en tekil sinirsel anomalilerde coşku ve güçsüzlük seçeneklerinin birbirini takip etmesiyle" nitelenen ataksik ya da malign ateş (bu ateşte, adinamik ateşe benzeyen aynı geçmiş belirtiler izlenir).[24]

Paradoks, bu tanımlamanın ilkesine dayanmaktadır. Genel biçimiyle ateş, sadece etkileri aracılığıyla karakterize edilmiştir; alt katmandaki tüm organik bağları kesilmiştir. Pinel vücut sıcaklığını, ateş sınıfının temel belirtisi ya da en büyük semptomu olarak ima etmez. Ama bu özü bölmek söz konusu olduğunda dağıtım fonksiyonu, türlerin mantıksal düzenlenişinden değil, bedenin organik uzamından türeyen bir ilkeyle kurulur. Kan damarları, mide, bağırsak mukozasında, kas ya da sinir sistemi sırasıyla, semptomların biçimsiz çeşitliliğine uygun bir bağlantı noktası oluşturur. Ve şâyet bunlar, türleri oluşturacak biçimde düzenlenebiliyorsa, nedeni, *temel dışa vurumlar* değil, *lokal belirtiler* olmalarıdır. Ateşlerin temelliği ilkesinde somut ve belirlenmiş içerik olarak sadece, bunları lokalleştirme ihtimali bulunur. Yapılandırma, Sauvages'in *Nosologie*'sinden Pinel'in *Nosographie*'sine kadar tersine dönmüştür: İlki söz konusu olduğunda, lokal belirtiler daima bir genellik ihtimali içerirken, ikincisindeki genel yapı bir lokalleşme gerekliliğini kapsamaktadır.

Bu koşullarda, Pinel'in ateşlere ilişkin kendi semptomatolojik analiziyle, Roederer ve Wagler'in keşiflerinin bütünleşebileceğini sandığı anlaşılmaktadır: Roederer ve Wagler 1783'te, ade-

[24] *A.g.e.*, s.9-10 ve s.323-324.

no-meningeal ateşle, yemek borusundaki iç ve dış iltihap izlerinin daima birlikte seyrettiğini göstermişlerdir.[25] Pinel'in, Prost'un bağırsak lezyonlarını apaçık gösteren otopsi sonuçlarını da onayladığı, lâkin kendisinin aynı lezyonları neden göremediği de anlaşılmaktadır:[26] Pinel'e göre lezyonların lokalleşmesi, lokal bulguların hastalıkların yerini değil, özüne karşılık gelen bir semptomatoloji içerisinde, ama ikincil fenomen olarak kendiliğinden yer almaktadır. Nihayet böylece, Pinel'in savunucularının onu neden lokalizatörlerin ilki olarak kabul ettikleri de kavranabilir: "O, kendini konuların sınıflandırılmasıyla sınırlamadı. O zamana kadar oldukça metafiziksel olan bilimi bir biçimde somutlaştırarak, böyle söylenebilirse, her hastalığı lokalleştirmeye ya da hastalığa özgü bir yer saptamaya, ezcümle bulunduğu asıl yeri saptamaya çalıştı. Bu düşünce kendisini apaçık, o zamana kadar hâkim konumdaki düşüncelere son bir hürmette bulunurcasına, 'temel' olarak adlandırmaya devam ettiği ateşlerin yeni adlandırılmalarında, ama örneğin safra ateşini ve adeno-meningeal ateşi bağırsak yolunun bazı bölümlerindeki özel iltihaba dayandırarak ve bunların her birine özel bir yer ayırarak ortaya koyar."[27]

Aslında Pinel'in lokalleştirdiği, hastalıklar değil belirtilerdir ve taşıdıkları lokal değer, bölgesel bir kökeni, hastalığın doğup biçimlendiği orijinal bir lokûsü değil, sadece bu belirtiyi özünün karakteristik semptomu olarak gösteren bir hastalığı tanımaya yol açmaktadır. Bu koşullarda, kurulması gereken nedensel ve zamansal zincir, lezyondan hastalığa değil, hastalıktan (sonucuna ve belki de ayrıcalıklı olan ifadesine doğru gittiği gibi) lezyona ilerliyordu. Chomel daha 1820'de, Broussais'in "ateşli hastalığın nedeni değil sonucu" kabul edilen bağırsak ülserleşmelerini incelerken bile *Nosographie*'nin ifadelerine bağlılığını gösterecektir: Bunların meydana gelmesi görece geç (ancak hastalığın onuncu gününde, bağırsaklarda aşırı gaz birikmesi, sağ karın bölgesi duyarlılığı ve kanlı irin akıntısı varlığını gösterdiğinde) olmuyor mu?

---

[25] Roederer ve WAGLER, *De morbo musoco* (Göttingen, 1783).
[26] Bkz. *supra*, s.180, no 3.
[27] Richerand, *Histoire de la chirurgie* (Paris, 1825), s.250.

Bağırsak yolunun, hastalığın hasar verdiği maddelerin en uzun süre kaldığı bu bölümde (ince bağırsağın son bölümü, kör bağırsak ve yükselen kolon) ve bağırsağın düşey kısımlarından çok eğimli bölümlerinde belirmiyor mu?[28] Hastalık böylece organizmaya yerleşir, lokal belirtileri iyice yerleştirir ve bedenin ikinci mekânına kendiliğinden dağılır, ama temel yapısı önceki gibi kalır. Organik mekân, mevcut yapıya göndermelerle doludur; onu gösterir, düzenlemez.

1816'daki *İnceleme*, Pinel'in doktrinin postulatlarını ifşa etmek için, şaşırtıcı bir kuramsal berraklıkla bu öğretinin kaidelerine kadar inmiştir. Lâkin *Dâhilî İltihapların Tarihi*'nden başlayarak, o güne değin tamamen bağdaşır görünenler, artık ikilem olarak belirmektedir: Bir ateş ya nedeni belli olmayan ya da lokalize edilebilir bir hastalıktır ve başarılı olan her lokalizasyon, ateşi temeldeki konumundan çıkaracaktır.

Prost, "hastalığın onları yerleştirdiği organa" ya da dokuların "bozulma tarzına" göre değişebilen ateşleri işaret ettiğinde, kuşkusuz mantıksal olarak klinik anatomi deneyine dâhil olan bu uyuşmazlığı sessizce formülleştirmiş ya da en azından tasarlayabilmiştir.[29] Recamier ve öğrencileri tıbbın geleceğinden çok önemli olan o hastalıkları, menenjitleri incelediklerinde, "bu türden ateşlerin nadiren temel hastalıklar olduğunu ve muhtemelen de daima dâhili iltihap, sıvı toplanması gibi bir beyin hastalığına bağlı olduğunu" ifade etmişlerdir.[30] Fakat Broussais'nin, başlangıçtaki açıklamaları genel olarak ateşlerin açıklanma sistematiğine dönüştürmesine izin veren şey, şüphesiz içinden geçtiği tıbbî deney alanlarının çeşitliliği ve aynı zamanda bağlamıdır.

---

[28] A.-F. Chomel, *De l'existence des fievres essentielles* (Paris, 1820), s.10–12.

[29] Prost, *La medecine des corps eclairee par l'ouverture et l'observation* (Paris, XII. Yıl), I. Cilt, s. XXII ve XXIII.

[30] P.-A. Dan de la Vautrie, *Dissertation sur l'apoplexie consideree specialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cerebrale* (Paris, 1807).

Devrim'den hemen önce XVIII. yüzyıl tıbbına uygun bir biçimde yetişen, donanmada sağlık görevlisi olarak hastane tıbbına ve cerrahi pratiğe has problemleri öğrenen, ardından Pinel'in ve yeni Sağlık Okulu'ndaki klinik hekimlerinin öğrencisi olan, kendisini patolojik anatomiyle tanıştıran Bichat'ın derslerini ve Corvisart'ın kliniklerini takip eden Broussais, askerlik mesleğine geri dönmüş ve öğretmeni Desgenettes gibi karşılaştırmalı tıbbî nozografi çalışmış ve çoğunlukla otopsi yöntemleri uygulamış, bu sürede de Utrecht'ten Mayence'ye ve Bohemya'dan Dalmaçya'ya kadar orduyla birlikte olmuştur. Broussais XVIII. yüzyıl sonlarına denk gelen tüm tıbbî deney biçimlerine hâkimdir; tıbbî deneyler bütününden ve çakışma biçimlerinden ayrı ayrı çıkarttığı anlam ve sonuçlardan radikal dersler almış olması şaşırtıcı karşılanmamalıdır. Broussais, tüm deneylerin ortak noktasından, onların bütün halindeki yapılanışının kişiye özgü hale gelen formundan ibarettir. Gerçekten de bildiği durumundan şöyle söz etmektedir: "Başkalarının yaptığı deneyleri azımsamayan, fakat bunları kendi deneyleriyle doğrulamayı umut eden gözlemci hekim... Eski sistemlerin boyunduruğundan çıkıp kendilerini yenilerin salgınından korumayı bilen Tıp Okullarımız, şimdi birkaç yıldır, tedavi sanatının hâlâ kararsız olan ilerleyişine güven katacak kişiler yetiştirmiştir. Onlar yurttaşların arasına yayılmış ya da uzaklardaki ordularımıza dağılmış halde gözlem yapar ve düşünürler... Seslerini elbet bir gün duyuracaklardır."[31] Broussais 1808'de Dalmaçya'dan döndükten sonra, *Kronik Dahili İltihapların Tarihi* adlı eserini yayımlar.

Bu, ateş ve iltihabın aynı patolojik sürece bağlı olduğu klinik öncesi düşünceye beklenmedik bir dönüşü temsil eder. Ama bu özdeşlik, XVIII. yüzyılın genelle yerel arasındaki ayrımını ikincilleştirir, Broussais'de, Bichat'ın doku ilkesinin, yani organik atak yüzeyini bulma ihtiyacının doğal sonucudur. Her dokunun kendine özgü bozulma tarzı olacaktır. Öyleyse ateş olarak bilinenin incelenmesine, organizmanın geniş yüzeylerindeki özel ilti-

---

[31] F.-J.-V.Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, II. Cilt, s.3–4.

hap biçimlerinin tahliliyle başlanmalıdır. Kılcal damarlarla kaplanmış dokularda (beyin ince zarı ya da akciğer lopları gibi), sert bir ısı yükselmesine, sinirsel fonksiyonların ve salgıların bozulmasına ve büyük olasılıkla kas sorunlarına (çırpınma, kasılma) yol açan iltihaplar olacaktır; az sayıda kılcal kan damarıyla kaplanmış dokularda (ince zarlar) benzer, ama daha önemsiz görülür; nihayet, lenf damarlarının iltihaplanması, beslenmede ve seröz salgılarda bozukluklara yol açar.[32]

Üslubu Bichat'ın analizlerine gayet yakın olan bu belirleme, ateşler dünyasını şaşılacak derecede basitleştirir. Böyle bir kabulle akciğerde sadece, birinci tür iltihaplara uyan dâhili iltihaplar (nezle, zatürree ve plörezi), ikinci tipten kaynaklananlar (plörezi), son olarak da lenf damarlarının iltihaplanmasına dayananlara (verem) rastlanacaktır. Sindirim sisteminde ise, sümüksü (mukoza) zar, hastalığa ya midede (gastrit), ya da bağırsakta (bağırsak iltihabı, karın zarı iltihabı) yakalanır. İltihapların gelişimine gelince, gelişme dokusal yayılma mantığına uygundur. Kanlı bir iltihaplanma, devam ederse lenf damarlarına ulaşır; dolayısıyla solunum sistemindeki dâhili iltihapların "tümü akciğer veremiyle sonuçlanır."[33] Bağırsak iltihaplanmaları ise, çoğunlukla karın zarı iltihabının ülserleşmesine doğru ilerler. Başlangıçta homojen ve hastalığın son aşamasının son biçimlerinde bir noktada birleşen dâhili iltihapların birçok semptoma bölünüp çoğalması sadece bu aralıkta gerçekleşir. Bunlar, etki(lenme) yoluyla yeni bölgeler ve dokular ele geçirir: Bazen tüm organik yaşama yayılmaları söz konusudur (dolayısıyla, bağırsaktaki sümüksü zarın iltihaplanması safra ve idrar salgılarını bozup, deride lekeler ya da dilde paslanma yaratabilir); kimi kez de art arda ilişki fonksiyonlarına saldırırlar (baş ağrısı, kas ağrısı, baş dönmesi, uyuklama, sayıklama). Böylece bu genellemeden hareketle, tüm semptomatolojik çeşitlilikler ortaya çıkabilmektedir.

Bichat yönteminin yetkilendirdiği, fakat henüz açığa çıkarma-

---

[32] *A.g.e.*, I. Cilt, s.55-56.
[33] *A.g.e.*, I. Cilt, önsöz, s. XIV.

dığı büyük kavramsal dönüşüm işte buradadır. Yaygınlaşarak her türün özel semptomlarını üreten hastalık, lokal hastalıktır; fakat ateş, ilk coğrafî biçiminde, genel patolojik yapıda lokal olarak sadece kendine özgü bir fenomenden başka bir şey değildir. Bir başka deyişle, özel semptom (sinirsel ya da hepatik) lokal bir bulgu değil, tersine bir yaygınlaştırma göstergesidir; tam olarak sadece lokalleşmiş bir atak noktasını içeren, yaygın iltihap semptomudur. Bichat, yaygın hastalıklara organik bir temel bulma kaygısındadır; organik evrensellikler arayışı bundan ileri gelir. Broussais, özel semptom-lokal lezyon, genel semptom-bütünün bozulması çiftlerini ayırır; bunların unsurlarını birleştirir ve bütünün bozulmasını özel semptomla, coğrafî lezyonu da genel semptomla gösterir. Lokalleşmenin organik mekânı, artık reel olarak nozolojik düzenlenişin mekânından bağımsız olacaktır. İkinci mekân birinciyi etkilemez, fakat değerlerini birinciye göre dengeler ve ancak tersyüz edilmiş bir yansıtma pahasına birinciyle ilişkilenir.

Peki iltihap, yani hem yayılmış yapıya hem de daima lokalleşmiş bir saldırı noktasını içeren o süreç nedir? Eski semptomatik tahlil, iltihabı dokularda aldığı formlara karşılık düşmeyen, tümör, kızarıklık, ateş ve ağrıyla karakterize eder. Oysa bir zarın iltihaplanması durumunda ne ağrı, ne ateş ne de kızarıklık olur. İltihap, bir belirtiler takımı değil, dokunun içinde gelişen bir süreçtir: "Organik hareketlerin, fonksiyonların uyumunu bozacak ve bulunduğu dokuyu düzensizleştirecek kadar önemli olan her lokal huzursuzluk iltihap olarak kabul edilmelidir."[34] Öyleyse, düzey ve kronolojileri farklı iki patolojik katman içeren bir fenomen söz konusudur: İlk olarak fonksiyonel bir atak, ardından dokudaki bir atak. İltihabi durum, onu gözün algılayabileceği hale getiren anatomik düzensizliğin tahmin edilebilir bir fizyolojik gerçekliğidir. "Hayatı, soyut yaşamı değil de, organların hayatını ve organlardaki hayatiyeti ve bunlar üzerindeki bütün etmenlerle ilişkili olarak gözlemleyecek" fizyolojik tıp ihtiyacı buradan

[34] *A.g.e.*, I.Cilt, s. 6.

kaynaklanır;[35] cansız bedenlerin basit incelemesi olarak anlaşılan patolojik anatomi, "tüm organların rolleri ve birbirlerine etkileri eksiksiz biçimde bilinemezse" kendini sınırlamış olur.[36]

Bakış, bu ilk ve temel işlevsel bozukluğu bulup çıkarmak için, lezyonlu merkezden uzaklaşmayı bilmelidir, çünkü lezyon, hastalığın tersine daha başlangıçta, daima lokalleşebilen ilk kökleşme noktasında ortaya çıkmaz; lezyondan önce, fonksiyonel bozukluklarının ve semptomlarının sayesinde, bu organik kökün yerini tespit etmek gerekir. Semptomatolojinin, kendi rolünü, ama tamamen patolojik atağın lokal karakterinin temellenerek rolünü bulduğu yer, işte burasıdır. Semptomatoloji, birbirini etkilemeleri ve organik etkileri izlerken, fizyolojik bozukluğun başlangıç noktasını, semptomların sonsuz geniş ağında ve "tümevarım" ya da "tümdengelim" yöntemiyle (Broussais bu iki sözcüğü aynı anlamda kullanır) tespit etmelidir. "Bozulmuş organları, hastalıkların semptomlarından söz etmeden incelemek, mideyi sindirimden ayrı olarak değerlendirmeye benzer."[37] Böylece yaygın olduğu gibi, "tümevarımı, hipotetik teori ya da beyhude tahminlerin *a priori* sistematikleştirilmesi" olarak küçümsemek ve betimlemenin üstünlüklerini abartmak yerine,[38] semptomların gözleminin tam da patolojik anatominin dilini konuşmasına ulaşılacaktır.

Bu, Bichat'a göre tıbbî bakışın yeni düzeninin temsilidir: Görünürlük ilkesi, *Zarlar Üzerine İnceleme*'den [Traite des membranes] bu yana mutlak bir kuraldır ve lokalleşme de sadece bu ilkenin sonucudur. Broussais'le düzen tersine döner; çünkü hastalık, doğası gereği lokal olması nedeniyle ikincil durumda 'görünür'dür. Broussais, her şeyden evvel *Dâhili İltihaplar Tarihi*'nde [Histoire des phlegmasies], alışılmış "patolojik hastalığın, beden-

[35] Broussais, *Sur l'influence que les travaux des medecins physiologistes ont exerce sur l'etat de la medecine* (Paris, 1832), s.19–20.

[36] Broussais, *Examen des doctrines* (2. bas., Paris, 1821), II. Cilt, s.647.

[37] *A.g.e.*, s.671.

[38] Broussais, *Memoire sur la philosophie de la medecine* (Paris, 1832), s.14–15.

lerimizi inorganik maddenin kurallarında yenileyen fenomene has bir değişiklik" içerdiğini kabul eder (dahası bununla, hayatî hastalıkların iz bırakmayabileceğine inanan Bichat'ı geride bırakır): Nihayet, "kadavralar bize bazen sessiz görünüyorsa, bu bizim, soru sorma sanatı konusundaki cehâletimizdendir."[39] Ama bu bozukluklarda, atak özellikle fizyolojik cinstense, algılanması oldukça zordur. Ya da bağırsakla ilgili ateşlemede deride görülen lekeler gibi, ölümle birlikte yok olabilir; bunlar, yayılmaları ve algısal önemleri açısından, tetikledikleri karışıklıkla, her durumda ortak bir ölçüyü içermeyebilirler. Tabiî önemli olan, mevcut değişiklikler içinde *görülebilir* hale gelmiş olan değildir, çünkü onlar içinde geliştiği *yer*le belirlenen şeydir. Broussais, Bichat'ın ele aldığı, hayatî, fonksiyonel ya da organik bozukluk arasında korunmakta olan nozolojik duvarı yıkar ve lokalleşme aksiyomunu açık bir yapısal zorunlulukla görünürlük ilkesinin önüne geçirir. Hastalık *görüş için* gerçekleşmeden önce *mekân*da vardır. Nozolojinin *a priori* son iki büyük sınıfının gözlerden kaybolması, tıbba tamamen uzamsal ve baştan sona bu lokal değerlerle belirlenen bir araştırma alanı açmıştır. Tıbbî deneyin bu mutlak uzamsallaştırılmasının, normal ve patolojik *anatomi*nin kesin birleşmesi yerine, hastalıklı bir fenomene ait fizyolojinin tanımlanmasındaki ilk çabaya bağlı olduğunun saptanması ilginçtir.

Ama daha ilerilere, bu yeni tıbbın kurucu unsurlarına oluşturan unsurlar içinde çalışmak ve iltihabın kökeni sorununu gündeme getirmek gerekmektedir. İltihap, organik hareketlerin lokal uyarılmalarından biridir, dolayısıyla, dokularda belli bir "hareket geçme elverişliliği" ve bu dokularla temas sırasında da, mekanizmaları canlandırıp büyüten bir etkenin varoluşuna işaret eder. Bu etken uyartılma yeteneğidir, "dokuların, yabancı bir cismin temasıyla harekete geçmesi... Haller, bu özelliği sadece kaslara atfediyordu; fakat şimdi tüm dokulara has olduğu konusunda anlaşma içindeyiz."[40] Bu özelliği, "yabancı bedenlerin kışkırttığı

[39] Broussais, *Histoire des phlegmasies*, I, önsöz, s.V.
[40] Broussais, *De l'irritation et de la folie* (Paris, 1839 bas.), I, s.3.

hareketlerin bilinci" olan ve aşırı hassasiyet ilişkisinde ikincil bir ek fenomenden ibaret olan duyarlıkla karıştırmamak gerekir: Embriyon henüz duyarlı değildir, felçli hasta da değildir; ama her ikisi de uyarılabilir. Uyarıcı, hassas faaliyetin çoğalmasına, dokularla temasa geçen "canlı ya da yaşamayan beden ya da nesneler"[41] neden olur; öyleyse bunlar organın fonksiyonuna daima yabancı olan içsel ya da dışsal etkenlerdir. Herhangi bir doku için seröz sıvı fazlalığı da, iklim değişikliği ya da beslenme düzeni de, uyarıcı olabilir. Bir organizma sadece, dış dünyadan kaynaklanan aşırı uyarıcılar ya da fonksiyon ya da anatomisindeki bozukluklar nedeniyle hastalanır. "Tıp, ilerleyişindeki birçok tereddüdün ardından, geç de olsa kendisini hakikate götürebilecek tek yolu takip etmeye başlar: İnsanın organlarının birbiriyle olan ilişkilerinin ve insanın dışsal değişimlerle ilişkisinin gözlemlenmesi."[42]

Broussais, bu dışsal etken ya da iç değişim kavramıyla birkaç kural dışılık haricinde, Sydenham'dan başlayarak hâkim tıbbın koruduğu temalardan birinin altını çizer: Hastalık nedenlerinin tanımlanmasının imkânsızlığı. Sauvages'ten Pinel'e kadar nozoloji, neden saptamaktan vazgeçmenin sınırlı bir figürü olarak, bu bakış açısına sahiptir. Hastalık kendisini geliştirirken ve temel doğrulaması içinde bizzat kendisini yaratmaktadır ve nedensel diziler, patolojik çalışmanın etkili bir neden olduğu bu şemadaki unsurlardan ibarettir. Lokalleşme, Broussais'le birlikte –henüz Bichat'la gerçekleşmeyen– bağlayıcı bir nedensel şemayı gerektirir. Hastalığın yeri, uyarıcı nedenin bağlanma noktasından ibarettir; hem dokunun uyartılabilirliğiyle hem de etkenin uyarma gücü aracılığıyla belirlenen bir noktadır bu. Hastalığın lokal mekânı aynı zamanda ve dolaysız bir nedensel mekândır.

Artık hastalığın *varlığı* ortadan kaybolur –ve büyük 1816 keşfi de aynı zamanda gerçekleşmiştir. Artık patolojik fenomen, uyarıcı etkene verilen o organik tepki, hastalığın kendine has yapısında, kendisini önceleyen özgün değişimler ve bütün özsüz te-

---

[41] *A.g.e.*, s.1, no 1.

[42] *A.g.e.*, 1828 bas. Önsöz (Paris, 1839 bas.), I. Cilt, s. LXV.

sadüfler bir yana, dahil olduğu baskın bir tipe uygun olarak var olacağı bir dünyaya ait olamaz. Yapıların uzamsal, belirlemelerin nedensel, fenomenlerin anatomik ve fizyolojik olduğu organik bir ağa yakalanmıştır. Artık hastalık, uyarıcı bir nedene tepki gösteren dokuların karmaşık hareketinden ibarettir. Patolojik olanın tam özü budur, artık ne temel hastalıklar ne de hastalık temelleri vardır. "Hastalıkları bize özel varlıklar gibi gösterme eğilimindeki tüm sınıflandırmalar kusurludur ve makul bir düşünme biçimi buna rağmen daima hasta organların araştırılmasına yönelmiştir."[43] Yani ateş, temel hastalık olamaz: O, "kan akışının ısının yükselmesine eşlik ederek hızlanması ve temel fonksiyonlardaki lezyondan ibarettir. İnsan yapısındaki bu tasarrufun bu durumu, daima lokal bir uyarıya dayanmıştır."[44] Genel olarak ateşler, 1808 tarihli metindeki teoride neredeyse eksiksiz olarak önerilmiş,[45] 1816'da doğrulandıktan sekiz yıl sonra *Fizyolojik Tıbbın Kitabı*'nda [*Catechisme de la Medecine physiologique*] yeniden çerçevelendiği uzun bir organik süreçte gözlerden yitip gider. Bütün ateşlerin kökeninde tek ve aynı mide-bağırsak iltihabı yatar: İlk olarak basit bir kızarıklık, ardından ileosekal bölgede giderek artan şarap rengi lekeler, ki bunlar çoğunlukla, zamanla ülserleşmelere neden olan şiş yüzeyler biçimini alır. Mide-bağırsak iltihabının kökenini ve genel biçimini tanımlayan ve patolojik anatomiye ilişkin bu sabit ağdaki süreçler çoğalır: Sindirim kanalı iltihabı yayılmaktan çok derinlemesine genişlerse, dikkate değer bir safra salgısına ve hareket ettirici kaslarda ağrıya neden olur: İşte Pinel safra ateşi olarak bu durumu tanımlamıştır. Lenfatik bir konuda ya da bağırsağın sümüksü maddeyle dolması durumunda mide-bağırsak iltihabı, adeno-meningeal ateş adının verileceği sürece girer; adinamik ateş olarak târif edilen, "mide-bağırsak iltihabının, dayanıklılığın düştüğü, entelektüel becerilerin kütleşti-

---

[43] Broussais, *Examen de la doctrine* (Paris, 1816), önsöz.

[44] *A.g.e.*, 1821 bas., s.399.

[45] 1808'de, Broussais, otopside iç organ iltihabı bulamadığı öldürücü tifüsleri (ataksik nöbetler) yine de ayrı tutuyordu, *Examen des doctrines*, 1821, II. Cilt, s.666–668.

ği, ... dilin karardığı, ağzın siyahımsı bir maddeyle sıvandığı bir yoğunluk derecesine ulaşmasından ibarettir". İltihap organların birbirine etkisi aracılığıyla beyin zarlarını sardığında, ateşlerin en "habis" biçimiyle karşılaşırız.[46] Mide-bağırsak iltihabı, bu dallanmalarla ya da başkalarıyla bütün organizmayı yavaşça ele geçirir. "Kan akışının bütün dokularda hızlandığı kesinlikle doğrudur, ama bu, mevcut algılara dayanak olan nedenin, bedenin bütün noktalarında bulunduğunu kanıtlamaz."[47] Öyleyse ateşin genel durumdaki konumunu, belirtilerini ortaya koyan fizyolojik-patolojik süreçler yararına geri almak, ateşi, "temelsizleştirmek" gerekir.[48]

Ateş ontolojisinin bu çözülüşü, kapsadığı yanlışlarla birlikte (menenjitle tifüs arasındaki farkın açıkça görüldüğü başladığı bir zamanda), analizin en bilinen unsurudur. Aslında bu çözülme, analizin genel yapısı çerçevesinde, pozitif ve ince bir unsurun negatif karşılığından ibarettir: Organik hastalığa uygulanan bir tıbbî yöntem (anatomik ve özellikle fizyolojik) fikri: "Hastalıkların karakteristik özelliklerini fizyolojide aramak ve ağrılı organların çoğunlukla anlaşılamayan çığlıklarını, bilimsel bir analizle aydınlığa kavuşturmak gerekir."[49] Tıp, ağrılı organlara ilişkin olarak üç aşama içerir:

1. "Tüm organları ve bunları birbirine bağlayan iletişim yollarını oluşturan tüm dokuları ve bir organdaki değişim sonucunda diğerlerinin uğradığı değişiklikleri" bilmek koşuluyla, belirli semptomları inceleyerek ağrılı organı ve o organda olup bitenleri saptamak;

2. Uyarının, bir hiper aktifliğe ya da tersine işlevsel bir güçsüzlüğe yol açabileceği ve "bu iki değişikliğin yapımızda genel-

---

[46] Broussais, *Catechisme de la Medecine physiologique* (Paris, 1824), s.28–30.
[47] *Examen des doctrines* (1821), II. Cilt, s.399.
[48] Terim Broussais'nin Fodere'ye cevabında bulunuyor, Histoire de quelques doctrines medicales, *Journal universel des Sciences medicales*, XXIV. Cilt.
[49] Broussais, *Examen de la doctrine* (1816), önsöz.

likle birbirine eşlik ettiği" temel gerçeğini hesaba katarak, bir dışsal etkenle, "bir organın nasıl ağrılı bir hale geldiğini açıklamak" (soğuğun etkisiyle, deri salgılarının etkinliği azalırken akciğerinki artar);

3. "Ağrıyı önlemek için ne yapılması gerektiğini göstermek"; yani nedeni (zatürrede soğuğu), ama aynı zamanda "neden, gözden kaybolduğunda bile ortadan kalkmayan etkileri" safdışı bırakmak (kanama, zatürree hastalarının akciğerlerindeki iltihabı sürdürür).[50]

Tıbbî "ontoloji"nin eleştirisinde, organik "ağrı" kavramı, kuşkusuz iltihap kavramından daha ileri ve daha derinden ilerler. Ne de olsa iltihap hâlâ soyut bir yapıyı içermektedir. Ona her şeyi açıklama olanağını veren evrensellik, organizma üzerindeki bakış için nihai bir soyutlama örtüsü biçimlendirmektedir. Organlardaki "Ağrı" kavramı, organın bir etken ya da çevreyle ilişkisi, atağa karşı bir tepki, anormal bir fonksiyon sürecini ve nihayet, atağa maruz kalan unsurun diğer organlar üzerindeki bozucu etkisi fikrini içerir. Bu sebeple de tıbbî bakış, sadece, organların bileşim formlarıyla doldurulan bir mekâna yönelecektir. Hastalığın mekânı, hiçbir kalıntı ya da değişim olmadan, tam olarak organizmanın kendi mekânıdır. Hastalıklı olanı algılamak, bedeni algılamanın belli bir yoludur.

Hastalıklar tıbbı zamanını doldurmuştur; XIX. yüzyıla, sonra da belli bir noktaya kadar XX. yüzyılın hâkim deney yapısı, bir patolojik tepkiler tıbbı başlamıştır, çünkü hastalığa yol açan etkenler tıbbı, bazı yöntembilimsel değişikliklere uğrayarak, bir biçimde gelip yerleşmiştir buraya.

Broussais'e sadık olanlarla Pinel'in son yandaşlarını karşı karşıya getiren çok sayıda tartışmayı bir yana bırakabiliriz. Petit ve Serres'in, ince bağırsak damarları tıkanması ateşiyle ilgili ola-

---

[50] *Examen des doctrines* (1821), I. Cilt, s.52–55. *L'influence des medecins physiologistes*'le ilgili metinde, Broussais 2. ve 3. kurallar arasına ıstıraplı organın diğerleri üzerindeki etkinliğini belirleme kuralını ekler.

rak yapılan patolojik anatomi analizleri,[51] Caffin'in tekrarladığı, termik semptomlarla ateşli hastalıklar olarak adlandırılanlar arasındaki ayrım,[52] Lallemand'ın akut beyin hastalıkları üzerindeki çalışmaları,[53] son olarak Bouillaud'un "temel denilen ateşler" konusundaki özverili *İnceleme*'si,[54] ihtilafları kışkırtmaya devam eden meseleyi yavaşça sorundan dışlamıştır. İhtilaflar en sonunda durur. 1821'de lezyonsuz genel ateşlerin varlığını iddia eden Chomel, 1834'te tümünde organik bir lokalleşme olduğunu onaylar.[55] Andral, *Tıbbî Klinik* [Clinique medicale] adlı eserinin bir cildinin ilk basımını ateşlerin sınıflandırılmasına ayırmıştır; ikinci basımda ateşleri, iç organ iltihapları, içorganlar ve sinir merkezleri iltihapları arasında bölüştürür.[56]

Ve tabiî Broussais, hayatının son gününe kadar hiddetli saldırılara maruz kalmış ve itibarı, ölümünün ardından da yol olmaya devam etmiştir. Aksi bir durum beklenemezdi. Broussais temel hastalıklar düşüncesini engellenmesini ancak olağandışı yüksek bir bedel karşılığında başarmış, bu konuda alabildiğine eleştirilen (tam da patolojik anatominin eleştirdiği) eskimiş olan organların birbirini etkilemesi konusundaki kavramı yeniden etkinleştirmesi gerekmiş ve Hallerci iltihap fikrine dönmek zorunda kalmıştır. Brown'ı hatırlatan patolojik tekçiliğe tekrar dönmüş ve eski kanama pratiklerini, onun sisteminin mantığı içinde yeniden ortaya koymuştur. Bütün geri dönüşler, bir organlar tıbbının kendi saflığında belirmesi ve tıbbî algılamanın her tür nozolojik ön yargıdan

---

[51] M.-A. Petit ve Serres, *Traite de la fievre entero-mesenterique* (Paris, 1813).

[52] Caffin, *Traite analytique des fievres essentielles* (Paris, 1811).

[53] Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encephale* (Paris, 1820).

[54] Bouillaud, *Traite clinique et experimantal des fievres dites essentielles* (Paris, 1826).

[55] Chomel, *Traite des fievres et des maladies pestilentielles* (1821), *Leçons sur la fievre typhoïde* (1834).

[56] Andral, *Clinique medicale* (Paris, 1823–1827, 4. cilt). Bir anekdota göre Pinel *Nosologie*'nin son basımında ateşler bölümünü kaldırmayı düşünmüş, ama editörü tarafından engellenmiştir.

arınabilmesi sürecinde epistemolojik olarak kaçınılmazdır. Ama aslında tıbbî algı, hem duyularla algılanabilenlerin [fenomenlerin] çeşitliliği hem de sürecin homojenliğinde kaybolma tehlikesi taşımakta, bütün biricikliklerin –neşter ve vantuz– yer aldığı kaçınılmaz kararı vermeden önce, monoton iltihapla "ağrılı organların çığlıklarının" sonsuz şiddetinin algısı arasında salınmaktadır.

Çağdaşlarının Broussais'e öfkeli saldırılarındaki her şey haklı gösterilmiştir. Ama tamamen değil: Nihayet kendi tümlüğü içinde kazanılan ve kendisini denetleyebilecek nitelikteki bu klinik anatomi algısı, Broussais adına haklı çıktıkları algı, ona borçlu oldukları, en azından kesin denge formunu borçlu oldukları "fizyolojik tıbbın" algısıdır. Broussais'de her şey, kendi döneminde görülenlere aykırıdır, ama o, döneminde, *görme tarzı*nın son unsurunu saptamıştır. 1816'dan beri, hekim hasta bir organizmayla yüzleşebilmektedir. Modern tıbbî bakışın tarihsel ve somut *a priori*si, nihaî kuruluşunu tamamlamıştır.

Yapıların çözülmesi, ancak rehabilitasyonlar yaparak mümkündür. Ama günümüzde hâlâ biyografiler yazıp övgü ve suçlamalar dağıtarak tarih pratiği yaptığını düşünen hekimler vardır. İşte, bilgisi konusunda kuşku olmayan bir hekimin onlara dair metni: "*Tıp Doktrininin İncelemesi*'nin [Examen de la doctrine médicale] yayımlanması, anısı tıp yıllıklarında uzun süre kalacak olan önemli olaylardan biridir... Bay Broussais'in 1816'da temellendirdiği tıp devrimi hiç kuşkusuz, modern zamanlarda tıbbın tanıklık ettiği en dikkate değer devrimdir."[57]

[57] Bouillaud, *Traite des fievres dites essentielles* (Paris, 1826), s.13.

Okuduğunuz kitap, diğerleriyle kıyaslandığında oldukça karışık, yetersiz ve kötü yapılanmış düşünceler tarihi alanına bir yöntem uygulama girişimidir.

Kitabın tarihsel desteği, tıbbî gözlem ve yöntemlerinin gelişimini en fazla yarım yüzyıl boyunca incelemesi sebebiyle sınırlıdır. Ama yine de silinemez bir kronolojik bilinç eşiği olarak ortaya çıkan o dönemlerden biri söz konusudur: Acının, karşı doğanın, ölümün, ezcümle hastalığın bütün karanlık özünün gün ışığına çıktığı, yani insan bedeninin, görünür ve sağlam, kapalı ama ulaşmanın mümkün olduğu derin mekânında hem aydınlandığı hem de kendini yok ettiği dönem. Temelde görünmez olan şey, daha iyi bir deneyin doğal karşılığına denk düşecek biçimde, son derece basit, son derece dolaysız bir görünme hareketiyle, kendisini ansızın bakışın açıklığına sunar. Sanırız, binlerce yıldır ilk kez teorilerden ve düşlerden kurtulan hekimler, deneylerinin nesnesini, kendisi için ve önyargısız bir bakışın saflığında sınırlamaya razı olmuşlardır. Ama tahlili geri çevirmek gerekir: Bunlar değişmiş olan görüş biçimleridir. Bichat'ın kuşkusuz, tamamen tutarlı ilk kanıtını taşıdığı yeni tıp ruhu, psikolojik ve epistemolojik saflaştırmalar düzenine dâhil edilmemiştir, bu ruh hastalığın epistemolojik olarak yeniden düzenlenmesinden başka bir şey değildir ve bu kalıpta görünürün ve görünmezin sınırları yeni bir yol izlemektedir, hastalığın altında ve hastalığın kendisi olan dipsiz derinlik, dilin ışığında ortaya çıkıverir –kuşkusuz aynı zamanda *120 Journée*'yi, *Juliette*'i ve *Desastres*'ı de aydınlatan ışıktır bu.[1]

Ama burada sadece tıpla ve hasta bireye ait biricik bilginin bu

[1] Marki de Sade'ın eserleri.

alanda, birkaç yıl içindeki yapılanmasıyla ilgilenmiyoruz. Klinik deneyin bir bilgi biçimi olarak mümkün hale gelebilmesi için, hastaneye ayrılmış alanın tamamen yeniden düzenlenmesi, hastanın toplumdaki konumunun yeniden tanımlanması, hem yardım ve deney, hem de yardım ve bilgi arasında belli bir ilişkinin kurulması gerekmiştir; hastanın kolektif ve homojen bir mekâna dâhil edilmesi de zorunluluğa dönüşmüştür. Aynı zamanda dili de yepyeni bir ilgi alanına açmak zorunluluğu doğmuştur: Görünür ve ifade edilebilir olanın daimi ve nesnel olarak kurulmuş bağlılaşımı. Bilimsel söylevden yepyeni bir biçimde yararlanmak da o zaman belirmiştir: Deneyin renkli içeriğine bağlılıktan ve koşulsuz itaatten yararlanmak – görülen neyse onu söylemek; ama aynı zamanda deneyin kuruluş ve yapılışından yararlanmak –, görüleni ifade aracılığıyla göstermek. O halde tıp dilini, görünürde çok yüzeysel ama aslında derinliklere gömülü olan tanımlama formülünü aynı zamanda bu düzeye getirmek gerekmiştir. Ve bu ortaya çıkarma davranışı, sırası gelince, hakikatin ortaya çıktığı ve kökenini gösterdiği alan olarak, kadavranın gidimli mekânını: açığa çıkmış bir içeriyi kapsar. Patolojik anatominin yapısına dair oluşumun, klinik hekimlerin kendi yöntemlerini tanımladığı bir dönemle çakışması değildir: Deneyin dengesi, bireyin ve tanımlama dilindeki bakışın, ölümün sabit, görünür ve okunur kuralına yönelmesini istemektedir.

Mekânın, dilin ve ölümün birbirine eklemlendiği – aslında klinik anatomi yöntemi olarak bilinen – bu yapı, verili ve pozitif olarak tanınan tıbbın tarihsel koşulunu oluşturur. Pozitif sözcüğü burada en güçlü anlamıyla alınmalıdır. Hastalık, yüzyıllardır ilişkilendirildiği kötülük metafiziğinden koparak ölümün görünürlüğündeki içeriğinin pozitif terimlerle görüneceği eksiksiz biçimini edinir. Doğayla ilişkisi bağlamında kavranan hastalık, nedenleri, biçimleri ve tezahürlerin kendilerini bizatihi dolaylı ve giderek bulanıklaşan bir geri plan içinde ortaya koyduğu belirlenemez bir olumsuzluğu ifade ediyordu; ölümle ilişkisi bağlamında görüldüğünde ise hastalık, dilin ve bakışın hükümran incelemesine açık, bizatihi kendini karşı-doğadan ayırabilmiş ve bireylerin *yaşayan bedenleri* içinde *somut* hale gelmiştir.

Birey hakkındaki ilk bilimsel söylevin bu ölüm evresinden geçmek zorunda kalmış olması, hiç kuşkusuz, kültürümüzle ilgili belirleyici bir gerçek olarak kalır. Bu gerçek, Batı insanının gözünde kendisini bir bilim nesnesi olarak kurabilmesinin, kendini kendi dili içinde kavramasının, kendisini kendi içinde ve kendisi tarafından bir söylevsel varoluşa atfedebilmesi ve ancak kendisini ortadan kaldırmakla yarattığı açıklık içinde olabildiğinin işaretidir: Psikoloji ve bizzat psikolojinin mümkün olabilmesinin ta kendisi mantıksızlığın deneyiminden doğmuştur, bireylere dair verili bir tıbbın bir bilim olarak doğuşu da, ancak ölümün tıbbî düşünceyle bütünleştirilmesiyle mümkün olmuştur. Ve genel olarak söylersek, modern kültürde bireysellik deneyimi, ölüm deneyimine bağlıdır: Kesintisiz bir ölüm ilişkisi, Bichat'ın açık kadavralarından Freudçu insana kadar, evrenselin tekil yüzünü gösterecek ve her bireyin sözüne sonsuza kadar işitilme gücü verecektir; birey, kendisiyle sona ermeyecek anlamı ölüme borçludur. Paylaşımı ve önemini zorla kabul ettirdiği bitimlilik, paradoksal olarak dilin evrenselliğini, bireyin geçici ve eşsiz biçimine bağlar. Tanımlamakla bitemeyen ve yüzyıllardır ortadan kaldırılmak istenen duyularla algılanabilirlik, söylevinin yasalarını nihayet ölümde bulur. Bizi zamana ve sözcüklerin örttüğü güzel yeryüzüne bağlayan şey ölümdür. Ölüm, dille eklemlenmiş bir mekânda, bedenlerin çokluğunu ve basit düzenlerini açığa çıkarır.

Tıbbın insan bilimlerinin oluşumundaki önemini buradan yola çıkarak anlayabiliriz ve bu önem –insan varlığının pozitif bilginin nesnesi olarak ele alınması ölçüsünde– sadece yöntembilimsel bir önem değildir.

Birey için, kendi bilgisinin hem öznesi hem nesnesi olabilme durumu, bilgiye içkin bitimli yapının tersine çevrilmesi anlamına gelir. XVIII. yüzyılın sonunda biçimlenen düşünceye göre bitimlilik pozitif güçleri ifade eder, ama klasik düşüncede sonsuzun olumsuzlanmasından başka bir içeriği yoktur. Ardından ortaya çı-

kan antropolojik yapı, hem kritik sınır rolünü hem temel kurucu rolünü oynar. İşte, pozitif tıbbın organizasyonunda, felsefî bir koşul işlevi gören bu dönüştür. Tersine, ampirik düzeyde pozitif tıp, modern insanı doğuştan gelen bir bitimliliğe bağlayan ilişkinin temel karşılıklarından biridir. Tıbbın, insan bilimlerinin genel yapısında işgâl ettiği temelin nedenidir bu: Tıp, insan bilimlerinin muhafaza ettiği antropolojik yapıya, diğerlerinden daha yakındır: Varoluşun somut biçimlerindeki itibarının kaynağı da bu yakınlıktır: Guardia sağlığın, öteki dünyadaki mutluluğunun yerini aldığını söyler. Bu, tıbbın modern insana kendi sonluluğunu direten ve güven verici yüzünü sunmasıdır; tıpta durmaksızın yinelenen incelemelere konu olan ölüm, aynı zamanda dualarla def edilmiştir; ölüm, insana sürekli olarak içinde bulunduğu sınırı hatırlatırken, sonluluğunun silâhlı, pozitif ve eksiksiz biçimi olan bu teknik dünyadan da söz eder. Bu andan itibaren tıbbî tutumlar, sözler, bakışlar belki de matematiksel düşüncenin önceden içerdikleriyle kıyaslanabilecek felsefî bir yoğunluk edinmiştir. Bichat'ın, Jackson'un, Freud'un Avrupa kültüründeki önemi, hekim ve aynı zamanda filozof olmalarının değil, ama tıbbî düşüncenin, mevcut kültüre insanın felsefî statüsünü tam olarak dâhil etmesinin göstergesidir.

Dolayısıyla tıbbî deney, Hölderlin'den Rilke'ye varıncaya kadar, dilini arayan lirik bir deneye benzetilmiştir. XVIII. yüzyılda varlık bulan bizim de henüz kaçırmadığımız bu deney, ölümün elbette ki en tehditkârı, ama en eksiksizi olduğu sonluluk biçimlerinin aydınlığa kavuşmasına bağlıdır. Hölderlin'in, kendisini gönüllü olarak Etna'nın sıcak kraterine atan Empedokles'inin ölümü (*Empedokles'in Ölümü* adlı eserinde, *–ç.n.*), ölümlülerle Olimpos arasındaki son aracının ölümüdür, yeryüzündeki sonsuzun sonudur, başlangıçtaki ateşine yeniden kavuşan ve gerideki son iz olarak, tam da ölümüyle yok olması gerekeni bırakan alevdir: Bireyselliğin hayran olunacak ve çevrilmiş biçimi; dünya Empedokles'ten sonra sonluluğun işaretlediği yerde, Kural'ın, sınırın katı kuralının saltanat sürdüğü bu uzlaştırılamaz bir arada yer alacaktır; bireyselliğin yazgısı her zaman, onu gösteren ve saklayan, onu inkâr eden ve yaratan nesnellikte temellenerek bi-

çimlenecektir: "Burada öznel ve nesnel, figürlerin değişimi yüzleşir". XIX. yüzyıldaki sönümsüz lirizm, ilk bakışta tuhaf görünebilir, ama insanın kendisi hakkında pozitif bilgiler edindiği bir harekettir aynı zamanda. Peki, bilginin ve dilin figürlerinin içe işleyen benzer bir kurala boyun eğmesine ve aynı biçimde sonluluk istilâsının –bilimsel bir söylevi rasyonel biçimde onaylamak ve orada durmaksızın tanrıların yokluğunun açtığı boşluğa yayılan bir dilin kaynağını bulmuş olan– bu insan-ölüm ilişkisine doğru kaymasını şaşırmak mı gerekir?

Klinik tıbbın formasyonu, deneyimin temel yapılarındaki bu değişikliklerin en görünür tanıklıklarından birinden ibarettir; bu değişikliklerin pozitivizmin baştan savma bir okumasından anlaşılabileceğin çok ötesine gidebileceği aşikârdır. Ama bu pozitivizm dikey olarak incelendiğinde, hem onun tarafından gizlenen, hem de doğması için kaçınılmaz olan bir dizi unsurun belirdiği fark edilir; bunlar daha sonra serbest bırakılacak ve paradoksal olarak ona karşı kullanılacaktır. Özellikle, fenomenolojinin sımsıkı sarılarak direneceği, zaten kendi koşullarının temel yapılarında bulunmaktadır: Algılananın kendine has yetisi ve deneyin temel biçimlerinde dille kurulan ilişki, nesnelliğin belirtinin temel değerlerine göre düzenlenmesi, verinin içten içe dilbilimsel yapısı, bedensel uzamın kurucu niteliği, sonluluğun insanın hakikatle olan ilişkisindeki ve bu ilişkinin kurulmasındaki önemi, tüm bunlar daha önce pozitivizmin doğuşunda kapsanmıştı. Kapsanmış, fakat onun yararına unutulmuştur. Ancak çağdaş düşünce, XIX. yüzyıl sonundan itibaren gözünden kaçırdığına inandığı şeyi, kendisini adım adım mümkün kılmış olanı yeniden keşfetmekten başka bir şey yapmamıştır. Avrupa kültürü, XVIII. yüzyılın sonuna gelindiğinde, henüz çözülememiş bir yapının taslağıydı. Biz iki yüzyıldan beri (daha az değil, ama daha çok da değil), deneyimizin karanlık, ama sıkı örgüsünü kuran, ama son derece yeni ya da kesinlikle arkaik olduklarına kolayca inanacak kadar bilmekten uzak olduğumuz birkaç düğümün dolaşığını çözmeye, daha yeni çözmeye başlıyoruz.

I. NOZOLOJİ

ALIBERT, (J.-L.j), *Nosologie naturelle* (Paris, 1817).
BOISSIER DE SAUVAGES, (Fr.), *Nosologie methodique* (trad., Lyon, 1772,10 vol.).
CAPURON, (J.), *Nova medicinae elementa* (Paris, 1804).
Ch...,(J.-J.), *Nosographiae compendium* (Paris, 1816).
CHAUSSIER, (Fr.), *Table generale des methodes nosologiques* (Paris, s.d.).
CULLEN, (W.), *Apparatus ad nosologiam methodicam* (Amsterdam, 1775).
—, *Institutions de medecine pratique* (trad, Paris, 1785).
DUPONT, (J.-Ch.), *Y a-t-il de la difference dans les systemes de classification dont on se sert avec avantage dans l'etude de l'histoire naturelle et ceux quipeuvent etre profitables à la connaissance des maladies?* (Bordeaux, 1803).
DURET, (F.-J.-J.), *Tableau d'une classification gènerale des maladies* (Paris, 1813).
FERCOQ, (G.A.), *Synonymic ou concordance de la nomenclature de la Nosographie philosophique du P^r Pinel avec les anciennes nosologies* (Paris,1812).
FRANK, (J.P.), *Synopsis nosologiae methodicae* (Ticini, 1790).
LATOUR, (F.-D.), *Nosographie synoptique* (Paris, 1810, I vol. seul paru).
LINNAEUS, (C), *Genera morborum* (trad, apud SAUVAGES, cf. supra).
PINEL, (Ph.), *Nosographie philosophique* (Paris, year VI).
SAGAR, (J.B.M.), *Systema morborum systematicum* (Vienna, 1771).
SYDENHAM, (Th.), *Medecine pratique* (trad., Paris, 1784).
VOULONNE, *Determiner les maladies dans lesquelles la medecine agissante estpreferable a l'expectante* (Avignon, 1776).

II.TIP POLİSİ ve COĞRAFYASI

AUDIN-ROUVIERE, (J.-M.), *Essai sur la topographic physique et medicate de Paris* (Paris, an II).
BACKER, (A.), *De la medecine considèree politiquement* (Paris, an IX).
BANAU at TURBEN, *Memoires sur les epidemics du Languedoc* (Paris,1766).
BARBERET, (D.), *Memoire sur les maladies epidemiques des bestiaux* (Paris, 1766).
BIENVILLE, (J.-D.-T.), *Traite des erreurs populates sur la medecine* (The

Hague,1775).
CATTET, (J.-J.) and GARDET, (J.-B.), *Essai sur la contagion* (Paris, Year II),
CERVEAU, (M.), *Dissertation sur la medecine des casernes* (Paris, 1803).
CLERC, *De la contagion* (St. Petersburg, 1771).
COLOMBIER, (J.), *Preceptes sur la sante des gens de guerre* (Paris, 1775).
—, *Code de medecine militaire* (5 vol., Paris, 1772).
DAIGNAN, (G.), *Ordre du service des hôpitaux militaires* (Paris, 1785).
—, *Tableau des varietes de la vie humaine* (2 vol., Paris, 1786).
—, *Centuries medicales du XIX^e siecle* (Paris, 1807–1808).
—, *Conservatoire de Sante* (Paris, 1802).
DESGENETTES, (R.-N.), *Histoire medicale de l'armee d'Orient* (Paris, 1802).
—, *Opuscules* (Le Caire, s.d.).
FOUQUET, (H.), *Observations sur la constitution des six premiers mois de l'an V à Montpellier* (Montpellier, an VI).
FRANK, (J.-P.), *System einer vollständigen medizinischen Polizei* (4 vol., Mannheim, 1779–1790).
FRIER, (F.), *Guide pour la conservation de l'homme* (Grenoble, 1789).
GACHET, (L.-E.), *Probleme médico-politique pour ou contre les arcanes* (Paris,1791).
GACHET, (M.), *Tableau historique des evenements presents relatif a leurinfluence sur la same* (Paris, 1790).
GANNE, (A.),*L'homme physique et moral* (Strasbourg, 1791).
GUINDANT, (T.), *La nature opprimee par la médecine moderne* (Paris, 1768).
GUYTON-MORVEAU, (L.-B.), *Traite des moyens de desinfecter l'air* (Paris, 1801).
HAUTESIERCK, (F.-M.), *Recueil d'observations de medecine des hôpitaux militaires* (2 vol., Paris, 1766–1772).
HILDENBRAND, (J.-V.), *Du typhus contagieux* (Trad., Paris, 1811).
HORNE, (D.R.DE), *Memoire sur quelques objets qui interessent plus particulierement la salubrite de la ville de Paris* (Paris, 1788).
Instruction sur les moyens d'entretenir la salubrite et de purifier l'air des salles dans le hôpitaux militaires (Paris, an II).
JACQUIN, (A. P.), *De la Sante* (Paris, 1762).
LAFON, (J.-B.), *Philosophic médicale* (Paris, 1706).
LANTHENAS, (F.), *De l'influence de la liberte sur la sante, la morale et lebonheur* (Paris, 1798).
LAUGIER, (E.-M.), *L'art de faire cesser la peste* (Paris, 1784).
LEBEGUE DE PRESLE, *Le conservateur de Santé* (Paris, 1772).
LEBRUN, *Traite theorique sur les maladies epidemiques* (Paris, 1776).
LEPECQ DE LA CLOTURE, (L.), *Collection d'observations sur les maladies et constitutions epidemiques* (2 vol., Rouen, 1778).
LIOULT, (P.-J.), *Les charlatans devoiles* (Paris, an VIII).
MACKENZIE, (J.), *Histoire de la sante et de l'art de la conserver* (The Hague,1759).
MARET, (M.), *Quelle influence les moeurs des Français ont sur leur sante* (Amiens, 1772).

Medecine militaire ou Traite des maladies tant internes qu'externes auxquellesles militaires sent exposes pendant la paix ou la guerre (6 vol., Paris, 1778).
MENURET, (J.-J.), *Essai sur l'action de l'air dans les maladies contagieuses* (Paris, 1781).
—, *Essai sur l'histoire medico-topographique de Paris* (Paris, 1786).
MURAT, (J.-A.), *Topographie medicale de la ville de Montpellier* (Montpellier,1810).
NICOLAS, (P.-F.), *Memoires sur les maladies epidemiques qui ont regne dans laprovince de Dauphine* (Grenoble, 1786).
PETIT, (M.-A.), *Sur l'influence de la Revolution sur la sante publique* (1796).
—, *in Essai sur la medecine du coeur* (Lyon, 1806).
PICHLER, (J.-F.-G), *Memoire sur les maladies contagieuses* (Strasbourg, 1786).
Preceptes de sante ou Introduction au Dictionnaire de Same (Paris, 1772).
QUATROUX, (Fr.), *Traite de la peste* (Paris, 1771).
RAZOUX, (J.), *Tables nosologiques et meteorologiques dressees à l'Hôtel-Dieude Nimes* (Basel, 1767).
Reflexions sur le traitement et la nature des epidemics lues a la Societe royale de Medecine le 27 mai 1785 (Paris, 1785).
ROY-DESJONCADES, (A.), *Les lois de la nature applicables aux lois physiquesde la medecine* (2 vol., Paris, 1788).
ROCHARD, (C.-C.-T.), *Programme de cours sur les maladies epidemiques* (Strasbourg, Year XIII).
RUETTE, (F.), *Observations cliniques sur une maladie epidemique* (Paris, n.d.).
SALVERTE, (E.), *Des rapports de la medecine avec la politique* (Paris, 1806).
SOUQUET, *Essai sur l'histoire topographique medico-physique du district deBoulogne* (Boulogne, an II).
TALLAVIGNES, (J.-A.), *Dissertation sur la medecine ou l'on prouve que l'homme civilise est plus sujet aux maladies graves* (Carcassonne, 1821).
THIERY, *Voeux d'un patriote sur la medecine en France* (Paris, 1789).

III. PRATİK ve ÖĞRENİM REFORMU

BARAILLON, (J.-F.), *Rapport sur la panic de police qui tient a la medecine, 8 germ, an VI* (Paris, an VI).
—, *Opinion sur le projet dela commission d' Instruction publique relatif aux Ecoles de Medecine, 7 germ, an VI* (Paris, Year VI).
BAUMES, (J.-B.-J.), *Discours sur la necessite des sciences dans une nation libre* (Montpellier, an III).
CABANIS, (P.-J.-G.), *Euvres* (2 vol., Paris, 1956).
CALES, (J.-M.), *Projet sur les Ecoles de sante, 12 prairial an V* (Paris, an V).
—, *Opinion sur les Ecoles de Medecine, 17 germinal an VI* (Paris, an VI).
CANTIN, (D.-M.-J.), *Projet de réforme adresse à l'Assemblee Nationale* (Paris,1790).

CARON, (J.-F.-C), *Reflexions sur l'exercice de la medecine* (Paris, 1804).
—, *Projet de règlement sur l'art de guerir* (Paris, 1801).
CHAMBON DE MONTAUX, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et deperfectioinner la me de cine* (Paris, 1787).
COLON DE DIVOL, *Reclamations des malades de Bicetre* (Paris, 1790).
COQUEAU, (C.-P.), *Essai sur l'etablissement des hôpitaux dans les grandes villes* (Paris, 1787).
DAUNOU, (P.-C), *Rapports sur les Ecoles speciales* (Paris, an V).
DEMANGEON, (J.-B.), *Tableau d'un triple etablissement reuni en un seul-hospice a Copenhague* (Paris, an VII).
—, *Des moyens de perfectionner la medecine* (Paris, 1804).
DESMONCEAUX, (A.), *De la bienfaisance nationale* (Paris, 1787).
DUCHANOY, *Projet d'organisation medicale* (s.l.n.d.).
Du LAURENS, (J.), *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner les medecins* (Paris, 1787).
DUPONT DE NEMOURS, (P.), *Idees sur les sec ours à dormer aux pauvres malades dans une grande ville* (Paris, 1786).
EHRMANN, (J.-F.), *Opinion sur le projet de Vitet, 14 germinal an VI* (Paris,an VI).
Essai sur la reformation de la societe dite de medecine (Paris, an VI).
Etat actuel de l'Ecole de Sante (Paris, an VI).
FOURCROY, (A.F.), *Discours sur le projet de loi relatif à l'exercice de lamedecine, 19 ventôse an XI* (Paris, an XI).
—, *Expose des motifs du projet de loi relatif à l'exercice de la medecine* (Paris, s.d.).
—, *Rapport sur les Ecoles de Medecine, frimaire an III* (Paris, an III).
—, *Rapport sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (Paris, an II).
FOUROT, *Essai sur les concours en medecine* (Paris, 1786).
GALLOT, (J.-G.), *Vues generales sur la restauration de l'art de guerir* (Paris,1790).
GERAUD, (M.), *Projet de decret a rendre sur l'organisation civile des medecins* (Paris, 1791).
GUILLAUME, (J.), *Proces-verbaux du Comite d' Instruction publique* (Paris,1899).
GUILLEMARDET, (F.-P.), *Opinion sur les Ecoles speciales de Sante, 14 germinalan VI* (Paris, an VI).
IMBERT, (J.), *Le droit hospitalier de la Revolution et de l'Empire* (Paris, 1954).
Instituta facultatis medicae Vidobonensis, curante Ant. Storck (Vienna, 1775).
JADELOT, (N.), *Adresse a Nos Seigneurs de l'Assemblee Nationale sur la necessite et les moyens de perfectionner l'enseignement de la medecine* (Nancy, 1790).
LEFEVRE, (J.), *Opinion sur le projet de Vitet, 16 germinal an VI* (Paris, an VI).
LESPAGNOL, (N.-L.), *Projet d'etablir trois medecins par district pour lesoulagement des gens de la campagne* (Charleville, 1790).
MARQUAIS, (J.-Th.), *Rapport au Roi sur l'etat actuel de la medecine en*

France (Paris, 1814).
MENURET, (J.-J.), *Essai sur les moyens de former de bons medecins* (Paris,1791).
Motif de la reclamation de la Faculte de Medecine de Paris contre l'etablissement de la Societe royale de Medecine (s.l.n.d.; l'auteur est VACHER DE LA FEUTRIE).
Observations sur les moyens de perfectionner l'enseignement de la medecine en France (Montpellier, an V).
PASTORET, (G-E.), *Rapport sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de Sante* (19 thermidor an V) (Paris, an V).
PETIT, (M.A.), *Proiet de reforme sur l'exercise de la medecine en France* (Paris,1791).
—, *Sur la meilleure maniere de construire un hôpital* (Paris, 1774).
Plan de travail presente à la Societe de Medecine de Paris (Paris, an V).
Plan general d'enseignement dans l'Ecole de Sante de Paris (Paris, an III).
PORCHER, (G.-C.), *Opinion sur la resolution du 19 fructidor an V, 16vendemiaire an VI (Paris, an VI).*
Precis historique de l'etablissement de la Societe royale de Medecine (s.l.n.d.)
PRIEUR DE LA COTE-D'OR, (C-A.), *Motion relative aux Ecoles de Sante* (Paris, an VI).
Programme de la Societe royale de Medecine sur les cliniques (Paris, 1792).
Programme des cours d'enseignement dans l'Ecole de Sante de Montpellier (Paris, an III).
PRUNELLE, (Cl.-V.), *Des Ecoles de Medecine, de leurs connexions et de leur methodologie* (Paris, 1816).
Recueil de discours prononces a la Faculte de Montpellier (Montpellier, 1820).
REGNAULT, (J.-B.), *Considerations sur l'etat de la medecine en France depuis la Revolution jusqu'à nos jours* (Paris, 1819).
RETZ, (N.), *Expose succinct à l'Assemblee Nationale sur les Facultes et Societesde Medecine* (Paris, 1790).
ROYER, (P.-F.), *Bienfaisance medicale et projet financier* (Provins, an IX).
—, *Bienfaisance medicale rurale* (Troyes, 1814).
SABAROT DE L'AVERNIERE, *Vue de legislation medicale adressee aux Etatsgeneraux* (s.l., 1789).
TISSOT, (S.-A.-D.), *Essai sur les moyens de perfectionner les etudes de medecine* (Lausanne, 1785).
VICQ D'AZYR, (F.), *Euvres* (6 vol., Paris, 1805).
VITET, (L.), *Rapport sur les Ecoles de Sante, 17 ventôse an VI* (Paris, an VI).
WÜRTZ, *Memoir-e sur l'etablissement des Ecoles de Medecine pratique* (Paris,1784).

IV. YÖNTEMLER

AMARD, (L.-V.-F.), *Association intellectuelle* (2 vol., Paris, 1821).
AMOREUX, (P.-J.), *Essai sur la medecine des Arabes* (Montpellier, 1805).
AUDIBERT-CAILLE, (J.-M.), *Memoire sur l'utilite de l'analogie en medecine*

(Montpellier, 1814).
AUENBRUGGER, *Nouvelle methode pour reconnoître les maladies internes* (trad. in ROZIERE DE LA CHASSAIGNE, Manuel des pulmoniques, Paris,1763).
BEULLAC, (J.-P.), *Nouveau guide de l'etudiant en medecine* (Paris, 1824).
BORDEU, (Th), *Recherches star le pouls* (4 vol., Paris, 1779–1786).
BOUILLAUD, (J.), *Dissertation sur les generalites de la clinique* (Paris, 1831).
BROUSSONNET, (J.-L.-V.), *Tableau elementaire de semeiotique* (Montpellier, an VI).
BRULLEY, (C-A.), *Essai sur l'art de conjecturer en medecine* (Paris, an X).
BRUTE, (S.-G.-G.), *Essai sur l'histoire et les avantages des institutions cliniques* (Paris, 1803).
CHOMEL, (J.-B.-L.), *Essai historique sur la medecine en France* (Paris, 1762).
CLOS DE SOREZE, (J.-A.), *De l'analyse en medecine* (Montpellier, an V).
CORVISART, (J.-N.), *Essai sur les maladies et lesions du coeur et des gros-vaisseaux* (Paris, 1806).
DARDONVILLE, (H.), *Réflexions pratiques sur les dangers des systemes enmedecine* (Paris, 1818).
DEMORCY-DELETTRE, (J.-B.-E.), *Essai sur l'analyse appliquee auperfectionnement de la medecine* (Paris, 1818).
DOUBLE, (F.-J.), *Semeiologie generate ou Traite des signes et de leur valeur dansles maladies* (3 vol., Paris, 1811–1822).
DUVIVIER, (P.-H.), *De la medecine consideree comme science et comme art* (Paris, 1826).
ESSYG, *Traite du diagnostic medical* (Trad., Paris, an XII).
FABRE, *Recherche des vrais principes de l'art de guerir* (Paris, 1790).
FORDYCE, (G.), *Essai d'un nouveau plan d'observations medicales* (trad., Paris, 1811).
FOUQUET, (H.), *Discours sur la clinique* (Montpellier, an XI).
FRANK, (J.-P.), *Ratio instituti clinici Vicinensis* (Vienna, 1797).
GILBERT, (N.-P.), *Les theories medicales modernes comparees entre elles* (Paris, an VII).
GIRBAL, (A.), *Essai sur l'esprit de la clinique medicale de Montpellier* (Montpellier, 1857).
GOULIN, (J.), *Memoires sur l'histoire de la medecine* (Paris, 1779).
HELIAN, (M.), *Dictionnaire de diagnostic ou l'art de connaître les maladies* (Paris, 1771).
HILDENBRAND, (J.), *Medecine pratique* (trad., Paris, 1824, 2 vol.).
LANDRE-BEAUVAIS, (A.-J.), *Semeiotique ou traite des signes des maladies* (Paris, 1810).
LEROUX, (J.-J.), *Cours sur les generalites de la medecine* (Paris, 1818).
—, *Ecole de Medecine. Clinique interne* (Paris, 1809).
LORDAT, (J.), *Conseils sur la maniere d'etudier la physiologie de l'homme* (Montpellier, 1813).

—, *Perpetuite de la medecine* (Montpellier, 1837).
MAHON, (P.-A.-O.), *Histoire de la medecine clinique* (Paris, an XII).
MARTINET, (L.), *Manuel de clinique* (Paris, 1825).
MAYGRIER, (J.-P.), *Guide de l'etudiant en medecine* (Paris, 1807).
MENURET, (J.-J.), *Traite du pouls* (Paris, 1798).
MOSCATI, (P.), *De l'emploi des systemes dans la medecine pratique* (Strasbourg, an III).
PETIT, (M.-A.), *Collection d'observations cliniques* (Lyons, 1815).
PINEL, (Ph.), *Medecine clinique* (Paris, 1802).
PIORRY, (P.A.), *Tableau indiquant la maniere d'examiner et d'interroger lemalade* (Paris, 1832).
ROSTAN, (L.), *Traite elementaire de diagnostic, de pronostic, d'indication-stherapeutiques* (6 vol., Paris, 1826).
ROUCHER-DERATTE, (Cl.), *Leçons sur l'art d'observer* (Paris, 1807).
SELLE, (Ch.-G.), *Medecine clinique* (trad., Montpellier, 1787).
—, *Introduction à l'etude de la nature et de la medecine* (trad., Montpellier, an III).
SENEBIER, (J.), *Essai sur l'art d'observer et de faire des experiences* (3 vol.,1802).
THIERY, (F.), *La medecine experimentale* (Paris, 1755).
VAIDY, (J.-V.-F.), *Plan d'etudes medicales à l'usage des aspirants* (Paris, 1816).
ZIMMERMANN, (G.), *Traite de l'experience en medecine* (trad., Paris,1774, 3 vol.).

V. PATOLOJİK ANATOMİ

BAILLIE, (M.), *Anatomie pathologique des organes les plus importants du corpshumain* (trad., Paris, 1815).
BAYLE, (G.-L.), *Recherehes sur la phtisie pulmonaire* (Paris, 1810).
BICHAT, (X.), *Anatomie generale appliquee à la physiologie et a medecine* (3 vol., Paris, 1801).
—, *Anatomie pathologique* (Paris, 1825).
—, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (Paris, an VIII).
—, *Traite des membranes* (Paris, 1807).
BONET, (Th.), *Sepulchretum* (3 vol., Lyons, 1700).
BRESCHET, (G), *Repertoire general d'anatomie et de physiologie pathologiques* (6 vol., Paris, 1826–1828).
CAILLIOT, (L.), *Elements de pathologie et de physiologie pathologique* (2 vol., Paris, 1819).
CHOMEL, (A.-F.), *Elements de pathologie generale* (Paris, 1817).
CRUVEILHIER, (J.), *Essai sur l'anatomie pathologique en general* (2 vol., Paris,1816).
DEZEIMERIS, (J.-E.), *Aperçu rapide des decouvertes en anatomie pathologique* (Paris, 1830).
GUILLAUME, (A.), *De l'influence de l'anatomie pathologique sur les progres*

dela medecine (Dôle, 1834).
LAENNEC, (R.), *Traite de l'auscultation mediate* (2 vol., Paris, 1819).
—, *Traite inedit de l'anatomie pathologique* (Paris, 1884).
LALLEMAND, (F.), *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encephale et sesdependances* (2 vol., Paris, 1820).
MORGAGNI, (J.-B.), *De sedibus et causis morborum* (Venice, 1761).
PORTAL, (A.), *Cours d'anatomie medicale* (5 vol., Paris, an XII).
PROST, (P. A.), *La medecine eclairee par l'observation et l'onverture des corps* (2 vol., Paris, an XII).
RAYER, (P.), *Sommaire d'une histoire abregee de l'anatomie pathologique* (Paris,1818).
RIBES, (Fr.), *De l'anatomie pathologique consideree dans ses vrais rapports avecla science des maladies* (2 vol., Paris, 1828–1834).
RICHERAND, (B.-A.), *Histoire des progres recents de la chirurgie* (Paris, 1825).
SAUCEROTTE, (C.), *De l'influence de l'anatomie pathologique sur les progres dela medecine* (Paris, 1834).
TACHERON, (C-F.), *Recherches anatomo-pathologiques sur la medecine pratique* (3 vol., Paris, 1823).

VI. ATEŞLER

BARBIER, (J.-B.-G.), *Reflexions sur les fievres* (Paris, 1822).
BOISSEAU, (F.-G.), *Pyretologie physiologique* (Paris, 1823).
BOMPART, (A.), *Description de la fievre adynamique* (Paris, 1815).
BOUILLAUD, (J.), *Traite clinique ou experimental des fievres dites essentielles* (Paris, 1830).
BROUSSAIS, (F.-J.-V.), *Catechisme de medecine physiologique* (Paris, 1824).
—, *Examen des doctrines medicales* (Paris, 1821).
—, *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques* (Paris, 1808, 2 vol).
—, *Leçons sur la phlegmasie gastrique* (Paris, 1819).
—, *Memoire sur l'influence que les travaux des medecins physiologistes ont exercee sur l'etat de la medecine* (Paris, 1832).
—, *Traite de physiologie appliquee a la pathologie* (2 vol., 1822–1823).
CAFFIN, (J.-F.), *Quelques mots de reponse a un ouvrage de M. Broussais* (Paris, 1818).
CASTEL, (L.), *Refutation de la nouvelle doctrine medicale de M. le Dr. Broussais* (Paris, 1824).
CHAMBON DE MONTAUX, *Traite de la fievre maligne simple et des fievres compliquees de malignite* (4 vol., Paris, 1787).
CHAUFFARD, (H.), *Traite sur les fievres pretendues essentielles* (Paris, 1825).
CHOMEL, (A.F.), *De l'existence des fievres* (Paris, 1820).
—, *Des fievres et des maladies pestilentielles* (Paris, 1821).
COLLINEAU, (J.-C.), *Peut-on mettre en doute l'existence des fievres essentielles* (Paris, 1823).
DAGOUMER, (Th.), *Precis historique de la fievre* (Paris, 1831).

DARDONVILLE, (H.), *Memoire sur les fievres* (Paris, 1821).
DUCAMP, (Th.), *Reflexions critiques sur les ecrits de M. Chomel* (Paris, 1821).
FODERA, (M.), *Histoire de quelques doctrines medicales comparees a celles de M. Broussais* (Paris, 1818).
FOURNIER, (M.), *Observations sur les fievres putrides et malignes* (Dijon,1775).
GERARD, (M.), *Peut-on mettre en doute l'existence des fievres essentielles?* (Paris, 1823).
GIANNINI, *De la nature des fievres* (trad., Paris, 1808).
GIRAUDY, (Ch.), *De la fievre* (Paris, 1821).
GRIMAUD, (M.de), *Cours complet ou Traite des fievres* (3 vol., Montpellier, 1791).
HERNANDEZ, (J.-F.), *Essai sur le typhus* (Paris, 1816).
HOFFMANN, (F.), *Traite des fievres* (trad., Paris, 1746).
HUFELAND, (C-W.), *Observations sur les fievres nerveuses* (trad., Berlin, 1807).
HUXHAM, (J.), *Essai sur les differentes especes de fievres* (trad., Paris, 1746).
LARROQUE, (J.-B. de), *Observations cliniques opposees à l'examen de lanouvelle doctrine* (Paris, 1818).
LEROUX, (F.-M.), *Opposition aux erreurs de la science medicale* (Paris, 1817).
LESAGE, (L.-A.), *Danger et absurdite de la doctrine physiologique* (Paris, 1823).
MONFALCON, (J.-B.), *Essai pour servir à l'histoire des fievres adynamiques* (Lyons, 1823).
MONGELLAZ, (P.-J.), *Essai sur les irritations intermittentes* (2 vol., Paris, 1821).
PASCAL, (Ph.), *Tableau synoptique du diagnostic des fievres essentielles* (Paris, 1818).
PETIT, (M.-A.), *Traite de la fievre entero-mesenterique* (Paris, 1813).
PETIT-RADEL, (Ph.), *Pyretologie medicale* (Paris, 1812).
QUITARD-PIORRY, (H.-H.), *Traite sur la non-existence des fievres essentielles* (Paris, 1830).
ROCHE, (L.-Ch.), *Refutation des objections faites a la nouvelle doctrine des-fievres* (Paris, 1821).
ROEDERER and WAGLER, *Tractatus de morbo mucoso* (Göttingen, 1783).
Roux, (G.), *Traite des fievres adynamiques* (Paris, 1812).
SELLE, (Ch.-G.), *Elements de pyretologie methodique* (trad., Lyons, an IX).
STOLL, (M.), *Aphorismes sur la connaissance et la curation des fievres* (trad., Paris, an V).
TISSOT, (S.-A.-D.), *Dissertation sur les fièvres bilieuses* (trad., Paris, an VIII).

Klinik de bugün içlerinde yaşadığımız diğer kurumlar gibi 'bir dizi tıbbî, yasal, dinsel, etik ve siyasal pratiklerin, karmaşık kültürel formasyonun şaşırtıcı gelişimlerinin ürünüdür'. Klinik bir kurum olarak 'Tanrının yarattığı' insan bedenine müdahale yetkisi verilen, hasarları, bozuklukları onaran, hastalıkları iyileştiren hekimlerin ve tıbbın mabedidir. Tabiî hastanın da tamamen klinik yasalarına ve işleyiş tekniklerine teslim olduğu yerdir. Klinik, insan bedeni mühendisliğinin muazzam bir deney, öğrenim ve bilgi biriktirme mekânıdır.

"Tıp, daha insanlığın şafağında, her bir kibirli inançtan önce, her sistemden önce, kendi bütünlüğünde, insan bedenindeki ıstırapla, bu ıstırabı hafifleten şey arasındaki dolaysız ilişki sürecinin kendisiydi.

Klinik ise, tıp tarihindeki bütün olguları ve tıbbî zamanı (vakalar bilgisinin birikimleri) birbirine bağlayarak modern tıbbın 18. yüzyıl sonundaki doğumuna neden olmuştu.

Klinik, henüz bilinmeyen bir hakikati keşfetmeye yarayan bir araç değildir; daha önce ulaşılan bir hakikati düzenlenmenin ve onu sistematik olarak ortaya çıkmak üzere sergilemenin belli bir yoludur.

Kurum olarak klinik, kurulduğu ve düzenlendiği biçimiyle, önceden beri var olan tıbbî bilgi formlarından türemiştir; tıbbî bilgide kendi gücüyle genel bir değişikliğe yol açamaz, kendi kendine yeni nesneler keşfedemez, yeni kavramlar oluşturamaz ve tıbbî bakışı başka türlü düzenleyemez. Tıbbî söylemin belli bir biçimini geliştirir ve düzenler, ama yeni bir söylemler ve uygulamalar bütünü icât edemez. Klinik, zorunlu olarak birleşmiş olan iki nüfuz alanını kapsar: Hastanenin nüfuz alanı ve öğretimin nüfuz alanı. Tıbbî deneyin konusunun *kolektif* yapısı; hastane alanının *kolektif* karakteri: Klinik bu iki bütünlüğün buluşma noktasında yerleşmiştir.

Kliniğin bir kurum olarak ortaya çıkması ve yerleşmesi için Tıbbî deneyimin *bütünü* ile özdeşleşmesi gerekecekti. Dolayısıyla yeni güçlerle silâhlanmak ve kendi keşif hareketi için özgürleşmek zorundaydı.

Ve kliniğin bu yeni tanımı, hastane alanının yeniden düzenlenmesine bağlıdır. Bu yeni düzenleme hastanelerin ve tıbbın imtiyazlarının da öteki toplumsal-kurumsal imtiyazlar gibi muhafaza edilmesini öngörüyordu."

epos

ISBN-978-975-6790-04-5