



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



© Author(s)
E-ISSN 2531-7288
ISSN 0394/9001



Conceptions et significations de la douleur dans le *Lilium medicinae* (1303-1305) de Bernard de Gordon

Laetitia Loviconi

École pratique des hautes études-PSL, Paris, Fr

MEDICINA NEI SECOLI

Journal of History of Medicine
and Medical Humanities

37/1 (2025) 59-80

Revised: 20.01.2025

Accepted: 30.01.2025

DOI: 10.13133/2531-7288/3095

Corresponding Author:

laetitia.loviconi@ephe.psl.eu

ABSTRACT

Conceptions and meanings of pain in Bernard de Gordon's *Lilium medicinae* (1303-1305)

In this article, we aim to contribute to the study of medieval conceptions of pain by analysing a work that is representative of university medicine at the end of the Middle Ages: the *Lilium medicinae* (1303-1305) by the physician Bernard de Gordon. We will begin by looking at how he characterises the nature of pain and the phenomena that cause it in the animate body. We will then look at the diversity of causes of pain that he discusses and that of the resulting pain. Finally, we will examine the extent to which, and the way in which, medieval physicians were able to rely on the specific characteristics of each type of pain in order to gain a better understanding of his patient's disease and to make a diagnosis and propose a prognosis.

Keywords: Pain - Sense - Body - Soul - Semiology

Dans son *Histoire de la douleur*, Roselyne Rey a apporté un éclairage fondamental sur les savoirs et les pratiques relatifs à la douleur en Occident, en étudiant des conceptions à la fois médicales et philosophiques¹. Si l'on ne peut viser l'exhaustivité de ce sujet en un volume d'environ six cents pages, pas plus qu'on ne saurait attendre une stricte équité dans le nombre de pages consacrées aux différentes périodes historiques, il faut tout de même remarquer que le Moyen Âge apparaît comme le parent pauvre de ce volume, mais aussi d'autres ouvrages consacrés à la douleur². Seule une dizaine de pages porte sur l'Antiquité tardive et la période médiévale, tandis que des développements bien plus conséquents sont dédiés aux autres périodes historiques (plus courtes): à l'Antiquité gréco-romaine³, la Renaissance, l'Âge classique, au siècle des Lumières (entre 30 et 70 pages environ), au XIX^e (plus de 200 pages) et au XX^e siècles (une centaine de pages). Récemment, plusieurs auteurs ont approfondi et enrichi notre connaissance des conceptions médicales de la douleur pour la période s'étendant du XVI^e au XVIII^e siècle. C'est en particulier le cas de Daniel Heider qui a analysé les théories de la douleur corporelle défendues par plusieurs auteurs relevant de la Seconde Scolastique (nature de la douleur, puissance ou faculté de l'âme en jeu, causes)⁴. Le projet "Une archéologie de la douleur", mené entre 2017 et 2021⁵, a quant à lui mis en lumière l'importante prise en compte et prise en charge de la douleur par les médecins du XVI^e au XVIII^e siècle. Par ailleurs, dans *Le Fer ou le Feu. Penser la douleur après Descartes*⁶, Raphaële Andrault a montré la richesse et la complexité des réflexions relatives à la douleur, grâce à un corpus substantiel de textes philosophiques et médicaux. Comme elle l'indique dans son introduction, la douleur a constitué un sujet de préoccupation à toutes les époques. Contrairement à ce que certains auteurs ont pu suggérer, si la douleur peut sembler avoir été longtemps négligée par l'historien, ce n'est aucunement parce qu'elle fut négligée par la science et la pratique médicales⁷. Cependant, peu de travaux ont porté spécifiquement sur le sujet de la douleur durant la période médiévale, en particulier du point de vue de l'histoire médicale⁸. Dans cet article, nous souhaitons contribuer à l'étude des conceptions médiévales de la douleur en privilégiant l'analyse détaillée d'une œuvre représentative de la médecine universitaire de la fin du Moyen Âge. Nous analyserons donc les réflexions que le médecin montpelliérain Bernard de Gordon (*ca* 1260-1330)⁹ a consacrées à la douleur dans son œuvre de pratique¹⁰, le *Lilium medicinae*, daté de 1303-1305¹¹. La qualité reconnue à cette œuvre, son influence y compris jusqu'à la Renaissance, les sources mobilisées, représentatives des fondements de la médecine universitaire médiévale, font du *Lilium medicinae* une œuvre riche et instructive pour qui cherche à saisir les conceptions médicales de la douleur au tournant du XIV^e siècle. Faisant le choix de nous focaliser sur la seule pathologie (sans y ajouter la thérapeutique), nous verrons donc les savoirs exposés et les interrogations soulevées par Bernard de Gordon à propos de la douleur dans le cadre de cet ouvrage qui vise à apporter les fondements nosologiques, étiologiques et sémiologiques nécessaires au choix thérapeutique.

L'examen de la table des matières du *Lilium medicinae* et une recherche des occurrences du terme *dolor* suffisent à révéler le rôle considérable de la douleur dans la théorie et la pratique médicales de cette œuvre. Plusieurs subdivisions sont consacrées à la douleur "en général" ou à la douleur de certaines parties corporelles (douleur de tête, de dent, d'oreille, douleur à l'estomac, douleur de rein). Le terme *dolor* apparaît aussi dans un nombre considérable de subdivisions dédiées à des maladies du foie, de la fonction respiratoire, de la fonction urinaire, des articulations. À partir de l'examen des différentes occurrences du terme *dolor*, nous verrons comment la douleur est pensée dans le cadre général de la pathologie, comment elle est expliquée causalement et comment elle s'avère être un outil sémiologique crucial pour le diagnostic et le pronostic d'un médecin médiéval. Pour ce faire, nous verrons tout d'abord comment Bernard de Gordon caractérise la nature de la douleur et les phénomènes qui la font naître dans le corps animé. Nous étudierons ensuite la diversité des causes de douleur qu'il envisage et celle des douleurs qui en résulte. Nous examinerons enfin dans quelle mesure et comment le médecin médiéval pouvait s'appuyer sur les caractéristiques singulières à chaque douleur pour mieux connaître la maladie de son patient, pour poser un diagnostic et proposer un pronostic.

1. Nature de la douleur dans le cadre de la pathologie et des processus sensitifs

Plusieurs subdivisions du *Lilium medicinae* exposent la nature de la douleur, sa caractérisation, voire une forme de définition de celle-ci. Il s'agit d'une part de la subdivision "De dolore" de la première *particula* (I.18), d'autre part de la subdivision consacrée à la douleur de tête dans la deuxième *particula* (II.10). Dans la première occurrence, la douleur est abordée dans une *particula* consacrée aux maladies qui touchent tout le corps ou se manifestent dans tout le corps: fièvres, pustules, apostèmes, morsures et poisons, lèpre, gale, blessures et solutions de continuité. La seconde occurrence correspond à la première subdivision consacrée à la douleur d'une partie corporelle spécifique. En effet, le *Lilium medicinae* est construit sur une exposition *de capite ad calcem* pour les *particulae* deux à sept, et c'est donc surtout dans le cadre de la douleur de tête (première partie corporelle étudiée) que Bernard de Gordon s'attache à nouveau à cette question complexe qu'est la nature de la douleur.

Au chapitre "De dolore", Bernard de Gordon affirme que la douleur peut être caractérisée soit comme la sensation d'une chose "contraire" (*sensus rei contrarie*) soit comme une altération ou un changement avec corruption (*mutatio cum corruptela*) car une douleur survient quand un sens saisit une chose contraire (*quando sensus apprehendit rem contrariam tunc est dolor*). Ces deux caractérisations n'émanent pas de la même autorité. Comme Bernard de Gordon le note dans la subdivision dédiée à la douleur de tête, le premier mode de caractérisation de la douleur s'appuie sur l'enseignement d'Avicenne, le second est celui du *De morbo et accidenti* de Galien¹².

En effet, si nous nous rapportons à la traduction latine du *Canon medicinae*, la subdivision consacrée aux causes de la douleur (I.2.2.1.19)¹³ affirme: *dolor est sensibilitas rei contrarie*, et soutient que la douleur survient quand la vertu ou faculté sensible sent la survenue d'une chose contraire. Avicenne en conclut que souffrir (*dolere*) n'est rien d'autre que sentir "la contrariété d'une chose". Comme l'explique Avicenne, cette contrariété s'entend par rapport à un état antérieur, qui est l'état "habituel" (*mansivus*). Chez Galien, la douleur est aussi doublement définie car nous pouvons constater qu'au livre III du *De morbo et accidenti* (relatif aux différences des symptômes), Galien a insisté à la fois sur le rattachement de la douleur au toucher, donc à une sensation, et sur le fait que la douleur se rapporte à une *mutatio cum corruptela*. Cette expression est également mentionnée par Jean de Tournemire (ca 1330- ca 1395)¹⁴ dans son *Clarificatorium*, commentaire à l'*Almansor* rédigé vers 1365. Au chapitre traitant de la douleur d'oreille¹⁵, le *Clarificatorium* précise que Galien a caractérisé ainsi la douleur aux chapitres 2 et 3 du livre III du *De morbo*. Mobilisant quant à lui à la fois Galien et Avicenne, Bernard de Gordon présente leurs enseignements comme complémentaires et convergents. Chacun d'eux a souligné le lien que la douleur entretient d'une part avec la sensation ou sensibilité d'autre part avec la survenue d'une altération ou d'une contrariété. Toutefois, la douleur semble tantôt rapportée à cette altération, tantôt ramenée à la sensation de cette dernière, tantôt considérée comme conjointe ou consécutive à cette sensation.

La mise en jeu des sens, de la sensation et de la sensibilité dans la douleur, telle qu'elle ressort de cette présentation, s'avère aussi être un élément remarquable de discussion dans la *clarificatio* du *Lilium medicinae* qui vise à déterminer si la douleur est une maladie ou non¹⁶. Bernard de Gordon signale avoir déjà abordé ce sujet dans un commentaire au *De morbo et accidenti* de Galien et à de nombreuses autres occasions. Cette discussion trouve sa place dans le cadre d'un intérêt particulier porté par les médecins médiévaux au statut de la douleur. Ainsi, dans le *Conciliator* (ca 1303-1310), Pietro d'Abano (ca 1250- ca 1316)¹⁷ développe la même question que Bernard de Gordon dans la *differentia* LXXIII: "Utrum dolor possit esse morbus necne"¹⁸. Dans son commentaire au *Canon medicinae*, rédigé au début des années 1320¹⁹, Gentile da Foligno²⁰ (m. 1348) examine dans quelle mesure la douleur appartient aux *dispositiones non naturales*²¹ (expression qualifiant la douleur dans le *Canon medicinae*). Même s'il rédige une œuvre à caractère pratique qui se veut abrégée, Bernard de Gordon examine la question de savoir si la douleur est une maladie: connaître la nature de la douleur dans le cadre de la théorie pathologique semble ainsi un point central y compris pour le praticien. Afin de répondre à cette question, Bernard de Gordon mentionne dans un premier temps, que, d'après le *Canon medicinae* et le commentaire au *Viaticum* de Gérard de Berry²², la douleur est tout à la fois une maladie, une cause de maladie et un accident de maladie. Si nous nous référons notamment aux chapitres que Gérard de Berry a consacrés à la *cephalea* et à l'*emigrania*²³, nous constatons que ce commenta-

teur a considéré que la douleur de tête est soit une maladie par elle-même, non causée par une autre maladie, soit un accident d'une autre maladie. Selon Bernard de Gordon, cela a conduit certains médecins à croire que la douleur serait une maladie *per se*. Pour éclairer ce point, Bernard rappelle ensuite une distinction possible de la maladie, de sa cause, de son accident. À cet effet, il s'appuie sur le *Liber Regalis* d'Haly Abbas²⁴. D'après cette source, la substance des choses naturelles consiste en trois choses qui sont *secundum naturam*: le tempérament des humeurs, la *coequalitas* des membres, la perfection de l'action. Il existe aussi trois choses *praeter naturam*: la maladie, la cause de la maladie et l'accident de la maladie. Si l'on considère une correspondance entre les séries de choses naturelles et contre-nature ainsi définies, la cause de la maladie consiste donc en la distempérance des humeurs, la maladie dans la distempérance de la *coequalitas* des membres, et l'accident en l'inégalité de l'action. Or, selon le *Sextus de naturalibus* d'Avicenne, c'est-à-dire son *De anima*²⁵, une puissance de l'âme n'est ordonnée *per se* et de façon immédiate que vers une certaine action: elle ne peut être ordonnée *per se* vers une seconde action. Bernard de Gordon en déduit que, de façon analogue, le tempérament d'une humeur ne peut pas être *per se* et proprement le tempérament d'un membre, ni celui d'une action, pas plus que la réciproque ne saurait être vraie. De ce fait, Bernard estime qu'il faut distinguer ce qui relève de l'action, de la composition et de la cause. Or, quand une action est lésée et que la vertu tactile le saisit (*apprehendit hoc*), une telle compréhension et une telle sensation sont appelées douleur. Selon Bernard de Gordon, la douleur, sensation d'une action lésée, relève donc *per se* de l'action. Par conséquent, elle ne relève *per se* ni de la composition, ni de la cause. Au contraire, la maladie correspond à une certaine qualité du membre ou de la composition. Ainsi, la douleur ne peut aucunement être dite proprement et *per se* une maladie. De plus, la douleur suit ou survient en raison d'une qualité qui lèse l'action, telle qu'une mauvaise complexion différente de la complexion "habituelle", ou à cause d'une solution de continuité (blessure, fracture etc.), qui sont ce à quoi toutes les douleurs peuvent être rapportées selon Bernard de Gordon. Ce dernier en conclut que la douleur est proprement et *per se* un accident, après l'avoir rapportée à une sensation et la saisie d'une action lésée. On peut enfin noter que, dans le *Lilium medicinae*, l'ancienneté d'installation de la douleur et sa postériorité éventuelle constituent d'autres éléments essentiels pour déterminer la nature de la douleur. Dans le cas d'une douleur de tête ancienne (*antiquus*), la douleur constitue une maladie, mais si elle est la conséquence de fièvre ou d'autres maladies, elle est un accident.

Au cours de plusieurs autres *clarificationes*, Bernard de Gordon envisage plus spécifiquement le rapport de la douleur à la sensation ou sensibilité: d'une part, en questionnant les modalités de la douleur consécutive à une solution de continuité, d'autre part, en examinant la "localisation" physiologique de la douleur à l'égard des différents sens externes. Le rapport de la douleur à la sensation constitue ainsi un sujet récurrent d'interrogation dans les œuvres médicales de cette période. Dans son commentaire

au *Canon*, Gentile da Foligno développe lui aussi la question de savoir dans quelle mesure et comment la douleur est une *sensibilitas*²⁶. Dans le *Conciliator*, la *differentia* “Utrum dolor sentiatur necne” interroge dans quelle mesure la douleur est action ou passion, sensible ou sensation, conjointe à une certaine nuisance²⁷.

Dans le cas du *Lilium medicinae*, envisageons tout d’abord la *clarificatio* qui aborde plus spécifiquement la saisie par la vertu tactile des solutions de continuité²⁸. Bernard de Gordon mentionne qu’une telle atteinte corporelle ne paraît pas correspondre à un objet du sens du toucher: elle ne relève ni des qualités premières, ni des qualités secondes²⁹, pas plus qu’elle n’en est la conséquence. Bernard propose alors une réponse en s’appuyant explicitement sur le *Sextus de naturalibus* d’Avicenne. Dans cette œuvre³⁰, Avicenne a affirmé que la vertu tactile saisit la corruption de complexion et la corruption de composition (*non solum apprehendit quod corrumpit de complexionem, sed quod corrumpit de compositionem*). Or la solution de continuité, le fouet, les choses semblables corrompent la composition du corps. La vertu tactile saisit donc cette corruption et il y a ainsi douleur, selon l’enseignement d’Avicenne. Cette saisie est assurée car toute disposition contraire au corps humain est sentie aussi longtemps qu’elle est subie (passion), qu’elle est mouvement et en train de se faire, tandis que quand cessent la passion, l’altération du sens, le mouvement, que l’altération n’est plus en train de se faire, il n’y a pas de douleur. C’est pourquoi la fièvre hectique, à savoir une fièvre installée et comme habituelle, est indolore (cet exemple est quant à lui donné dans le *Canon* au chapitre consacré à la douleur). De même, dans le chapitre consacré aux blessures, plaies et solutions de continuité, Bernard de Gordon fait reposer sur la temporalité de l’atteinte corporelle la variabilité du degré de douleur associée et précise la source de cette conception³¹. Après avoir affirmé que les solutions de continuité qui se font progressivement (par exemple si quelqu’un est piqué avec une aiguille) occasionnent une plus grande douleur que celles qui se produisent subitement (par exemple quand un membre est amputé), il indique que l’origine de cette différence est expliquée dans le *De morbo*. Bernard de Gordon indique que, selon Galien, la douleur ne se produit que pendant que la solution de continuité s’effectue (ce qu’a aussi affirmé Avicenne). Or quand cette solution de continuité s’effectue rapidement, de continuité qui se font peu à peu et durent, la formation, l’action et la passion sont prolongées et la douleur est plus grande.

Une autre facette de la relation entre douleur et sensation intéresse Bernard de Gordon: celle du statut de la douleur comme sensible car il existe plusieurs modalités de *sensibilia*³², c’est-à-dire d’objets sensibles, connus par le biais de l’un des cinq sens dits externes dans la physiologie médiévale (toucher, goût, vue, ouïe, odorat). Comme le rappelle Bernard de Gordon, parmi les sensibles, certains sont ainsi qualifiés car ils sont effecteurs du sens ou de la sensation (*sensum efficientia*), comme dans le cas de la vue la couleur d’un mur. D’autres sont des sensibles car ils informent le sens (l’organe du sens), comme l’image (*idolum*, qui appartient au même registre que *species*) de

la couleur du mur multipliée jusqu'à l'œil³³. Les sensibles peuvent aussi être distingués ainsi: certains le sont immédiatement et *per se*, comme les qualités premières et secondes, d'autres comme effet de ces qualités. Cela étant posé, Bernard affirme que la douleur est un sensible non comme effecteur de sensation mais comme informateur de sensation. Cela est aussi attesté par l'examen successif des différents types de sensible. À cette occasion, Bernard de Gordon mobilise la différence entre sensible propre et sensible commun qui apparaît dans le *De anima* d'Aristote et le *Sextus de naturalibus* d'Avicenne et qu'ont repris les théories psycho-physiologiques médiévales. Selon Bernard, la douleur n'est pas un sensible commun³⁴ car ce n'est ni une qualité, ni un nombre, ni une figure, ni un mouvement ou un repos. Ce n'est pas non plus un sensible propre car ce n'est ni une couleur, ni une odeur, ni une saveur, ni un son, ni quelque une des qualités premières ou secondes du toucher. Par conséquent, la douleur est nécessairement un sensible en tant qu'informant un sens ou comme effet des qualités sensibles.

Si les précédentes discussions de Bernard de Gordon mettent avant tout l'accent sur la matérialité de la douleur, nous pouvons constater que l'âme n'est pas exclue des réflexions médicales: dans le *Lilium medicinae*, le corps est pensé avec l'âme dans une perspective hylémorphique et la douleur apparaît comme propre au corps en tant qu'il est animé, ne serait-ce que parce que la sensation repose sur les organes des sens externes, instruments de la vertu sensitive de l'âme. Cette douleur demeure toutefois considérée comme une douleur corporelle, matérielle. Il convient pourtant de souligner que le *Lilium medicinae* aborde aussi des douleurs de l'âme comme le montre une *clarificatio* qui vise à déterminer si les douleurs et les plaisirs (*deliciae*) sont seulement dans le sens du toucher³⁵. Selon Bernard de Gordon, tel est le cas à proprement parler, mais, puisque le sens du toucher est "commun à tous les sens", douleur et plaisir peuvent survenir dans n'importe quel sens (externe). Ce point délicat qui consiste à affirmer que le sens du toucher est commun à tous les sens (que Bernard pourrait emprunter au *De morbo*³⁶) est repris et précisé dans une *clarificatio* du chapitre consacré à la douleur de tête. Bernard y distingue les "douleurs animales"³⁷ (ou "de l'âme": *dolor animalis*) des douleurs matérielles (*dolor materialis seu corporalis*)³⁸. En ce qui concerne la douleur matérielle ou corporelle, elle ne correspond proprement qu'au sens du toucher car la douleur ne dépend pas de l'harmonie et de la proportion des objets avec les autres modes sensoriels. En revanche, puisque le sens du toucher accompagne tous les sens (à savoir tous les organes des sens), tous peuvent souffrir du point de vue du sens matériel, non en tant qu'ils sont organes de la vue ou de l'ouïe, mais parce qu'en eux existe le sens du toucher. Bernard de Gordon en fournit un exemple éclairant. Le bruit du tonnerre peut être si fort que l'air très agité ébranle l'air qui était au repos dans l'oreille, de sorte que le sens du toucher (localisé dans l'oreille comme dans toute partie sensible) saisit cette agitation excessive et que s'ensuit une douleur tactile. Cette douleur corporelle

peut toutefois s'accompagner d'une autre douleur, une douleur de l'âme, en raison du caractère non proportionné et dysharmonieux de l'objet qui attriste celle-ci. Comme le montre cet exemple, les douleurs de l'âme ou douleurs animales ne sont pas spécifiques au sens du toucher. C'est pourquoi, Bernard de Gordon estime qu'en réalité, les plaisirs animaux et les douleurs animales sont proprement dans chacun des sens car l'âme se délecte d'un sujet proportionné et est affligée d'un sujet qui ne l'est pas, quel que soit le sens externe concerné. Bernard mentionne par exemple que la couleur verte qui est dans l'œil (et y est parvenue depuis un objet externe), ou encore un son doux, réjouissent l'âme car ils sont proportionnés, tandis que la couleur blanche ou un son terrible qui ne le sont pas affligent et attristent l'âme. La douleur animale est ainsi dans chacun des sens. Cette douleur animale ou douleur de l'âme paraît donc correspondre à la tristesse tandis que la réjouissance ou le plaisir de l'âme correspondrait à la joie. Dans la *Summa theologica*, Thomas d'Aquin (ca 1225- 1274) a indiqué³⁹ que la tristesse au sens large est une douleur mais qu'au sens restreint la douleur désigne le plus souvent la douleur corporelle. La distinction entre douleur au sens commun et tristesse renvoie, selon Thomas, à une distinction entre sens externes et sens internes. Tandis que la douleur renvoie à une saisie de la contrariété au niveau des sens externes, la tristesse met en outre en jeu les sens internes, l'imagination ou l'intellect. Or il nous faut rappeler que les sens internes sont des facultés organiques, à savoir qui exercent leurs opérations (réception, jugement, souvenir des impressions sensorielles). Dans et par certains instruments corporels. Cela permet de saisir dans quelle mesure et pour quelle raison Bernard de Gordon évoque lui aussi la tristesse. La douleur corporelle engage davantage le corps en tant qu'il est animé, et la tristesse l'âme en tant qu'elle est associée au corps. Dans la mesure où le médecin médiéval s'intéresse avant tout au corps animé, son sujet principal est la douleur matérielle, mais la tristesse est aussi essentielle car, à l'exception de l'intellect, les facultés de l'âme dont les opérations peuvent porter à la tristesse sont des facultés organiques. De plus, la tristesse caractérise certaines maladies quand elle est estimée excessive et dépourvue de "raison objective".

On ne saurait donc s'étonner du fait que la douleur de l'âme n'est pas seulement abordée comme sujet théorique dans une œuvre médicale telle que le *Lilium medicinae*. La tristesse "pathologique" constitue en effet un sujet systématique des œuvres de pratique médicale à la fin du Moyen Âge, particulièrement en raison de sa présence dans certaines maladies telles que la manie mélancolique ou la mélancolie ainsi que l'amour héroïque⁴⁰. La tristesse disproportionnée peut à la fois être cause et conséquence de la maladie mélancolique, en raison des interactions réciproques entre corps et âme. Bernard de Gordon signale qu'un excès de tristesse peut engendrer un excès d'humeur mélancolique qui va assombrir les *spiritus* animaux et la *mens*, et s'avère dès lors une possible cause antécédente de la maladie mélancolique. Réciproquement, l'humeur mélancolique est cause de la corruption de l'âme entendue comme *mens*

(*corruptio animi*): il s'ensuit de la tristesse, de la crainte, de l'inquiétude. Il est donc manifeste que, même si la maladie mélancolique est proximale d'origine corporelle, elle ne l'est pas exclusivement. De ce fait, le traitement de la mélancolie est double. Non seulement Bernard de Gordon prescrit des médications matérielles mais il recommande en outre d'éviter toute source d'affliction et de favoriser les occupations et contextes réjouissants, les sources de divertissement susceptibles de tenir les cogitations de l'âme à distance de sources d'affliction. Les souffrances que l'on pourrait qualifier de psychiques sont donc également prises en charge même si elles sont rarement qualifiées de douleurs. Les interactions du corps et de l'âme expliquent aussi la possibilité de douleurs corporelles sous l'effet de passions de l'âme. Au chapitre consacré à la douleur de tête, Bernard de Gordon énonce en particulier plusieurs causes de cette douleur qui relèvent des choses non naturelles⁴¹. Tel est le cas des excès de mouvement animal, c'est-à-dire des passions de l'âme excessives, pour lesquelles il donne comme exemple un accès de colère ou de fureur (*impetus irae aut furoris*), mais aussi le cas des excès de mouvement corporel, tels qu'une course, un travail pénible, un excès de relations sexuelles, ainsi que les insomnies, les excès ou restrictions alimentaires, les états d'ivresse et d'ivrognerie.

Les causes de douleur corporelle sont donc très diverses et relèvent du corps et de l'âme, en tant que les causes de douleur sont saisies par des instruments corporels de l'âme et grâce à des facultés organiques, mais aussi parce que des passions de l'âme ont un effet corporel. C'est cependant essentiellement les causes matérielles qui sont envisagées par Bernard de Gordon: comme nous l'avons mentionné, il affirme que la douleur suit ou survient en raison d'une qualité qui lèse l'action, telle qu'une mauvaise complexion différente de l'habituelle ou une solution de continuité qui sont ce à quoi toutes les douleurs peuvent être rapportées dans *le Lilium medicinae*. Outre cette double causalité qu'il convient d'approfondir, nous allons envisager comment les douleurs se diversifient causalement en raison d'autres facteurs.

2. De la diversité des douleurs et de leurs causes

À plusieurs reprises, Bernard de Gordon affirme⁴² que les causes de la douleur peuvent être ramenées à un nombre limité, à savoir une mauvaise complexion *diversa*, une solution de continuité ou chacune de ces deux causes⁴³. Au livre II de *Lieux affectés*, Galien lui-même a évoqué comme cause de douleur à la fois la mauvaise *krasis* et les blessures⁴⁴. Quant à Avicenne il a affirmé⁴⁵ dans le *Canon* que toutes les causes de douleur se rapportent à deux genres: celui du changement de complexion de survenue subite (*genere mutationis complexionis subito facte*), qui correspond à une malice de complexion différente de la complexion originelle de la substance du membre (*est malicia complexionis diverse*), et celui de la solution de continuité, qui correspond à une perte de continuité de la partie corporelle par une plaie ou un ulcère par exemple (*genere solutionis continuitatis*). La "diversité" ou différence de la mauvaise com-

plexion que Bernard reprend manifestement du *Canon* semble reposer sur un facteur temporel et/ ou spatial. En effet, Bernard de Gordon souligne que les mauvaises complexions qui surviennent peu à peu ne sont pas senties. Pour approfondir la signification de cette expression “malicia complexionis diverse”, il nous faut en outre examiner le chapitre du *Canon* “De causis doloris absolute” car c’est ce chapitre qui comporte cette exacte expression. Si nous nous référons à ce qu’a indiqué Avicenne, on peut supposer qu’il s’agit aussi de caractériser une mauvaise complexion *diversa* comme “étrangère” et contraire (*extranea huic contraria*) à la complexion “habituelle” (*complexio mansiva*) de la personne. Il s’agit dès lors aussi de distinguer une mauvaise complexion *diversa* d’une mauvaise complexion de naissance, habituelle par son ancienneté ou encore qui résulte d’un vieillissement naturel de la personne. On peut penser que ce point est fondamental dans le cadre des théories physiologiques médiévales car la complexion des individus évolue peu à peu avec l’âge: il en résulterait une douleur si toute variation de complexion en était cause. C’est toutefois davantage sur la non-systématicité de la douleur en contexte pathologique qu’insiste Bernard de Gordon avec une circonstance apparemment paradoxale. D’une part, une mauvaise complexion modifiée n’engendre pas de douleur si elle survient très fortement: en effet dans ce cas, le membre atteint devient “stupéfait”, à savoir que sa sensibilité est abolie. Or, comme nous l’avons vu, la douleur requiert une saisie sensorielle préalable. Par conséquent, la suppression de la sensibilité conduit à une absence de douleur. D’autre part, Bernard de Gordon soutient que la mauvaise complexion modifiée ne cause pas de douleur si elle est *aequata* comme dans la fièvre hectique. Il pourrait s’agir ici de désigner une égalité de la mauvaise complexion dans son cours temporel (constante) mais aussi peut-être dans sa localisation (égale dans tout un membre ou dans tout le corps). Quoique Bernard de Gordon ne mentionne pas sa source, il s’appuie manifestement à nouveau sur le *Canon*. Au chapitre “De causis doloris absolute”, Avicenne a développé⁴⁶ successivement ces critères et ces exemples que l’on trouve mentionnés par Bernard de Gordon. Il a en effet noté que toute cause de douleur trop forte entraîne une “stupéfaction”, un engourdissement de la partie qui de ce fait est incapable de sentir. Il s’ensuit une absence de douleur. C’est également à travers l’exemple des fièvres hectiques qu’Avicenne a souligné le cas particulier des mauvaises complexions *mansivae*. Quoique la chaleur de la fièvre hectique soit plus forte que d’autres fièvres (éphémères, tierce), elle est habituelle et implantée dans la substance des membres principaux (*mansivus et in substantia membrorum principalium infixus*). Au contraire, la chaleur de la fièvre tierce provient d’une humeur chaude qui parvient aux membres dans lesquels existe encore leur complexion naturelle. Il en résulte une plus grande douleur. Cependant, toute maladie chronique ne s’accompagne pas d’une absence de douleur. Le *Lilium medicinae* en donne plusieurs exemples: douleurs de tête chroniques ou encore maladies pulmonaires chroniques (phtisies) dans lesquelles le patient continue à ressentir

des douleurs (sans que celles-ci soient nécessairement ininterrompues). Dans ce cas, on peut suggérer que la mauvaise complexion ou la solution de continuité demeure en formation (*fieri*) et non pas établie (*facta*) car Bernard de Gordon rappelle qu'une solution de continuité n'engendre une douleur que si elle est *in fieri* d'après le *De morbo*. Or, tel peut être le cas d'une plaie pulmonaire causée par l'arrivée persistante mais discontinue de matière rhumatismale incisive ou putréfiante jusque dans le poumon⁴⁷. Il se peut également que Bernard s'appuie ici sur *Lieux affectés*: au livre II⁴⁸, Galien a en effet indiqué que les deux principales causes de douleur correspondent aux altérations subites du tempérament et aux solutions de continuité. Contrairement au *Lilium medicinae*, le *Conciliator* de Pietro d'Abano qui lui est contemporain mentionne l'existence de désaccords quant aux causes matérielles de douleur⁴⁹. Selon Averroès⁵⁰, seule une altération subite de la complexion est cause de douleur, une solution de continuité ne le serait qu'en tant qu'elle induit une telle altération de complexion. De plus, dans certaines de ses œuvres, Galien paraît rapporter inversement toute douleur à une solution de continuité. Bernard de Gordon n'expose pas ces discordances et présente l'altération subite de complexion et la solution de continuité comme les deux genres principaux de causes de douleur sans hiérarchisation, sans ramener l'une à l'autre. Cependant, nous verrons qu'en discutant de la douleur engendrée par chacune des qualités premières, Bernard de Gordon distingue celles qui causent une douleur *per se* et celles qui l'occasionnent *per accidens*.

Par-delà cette première différenciation causale des douleurs (solution de continuité/mauvaise complexion), Bernard de Gordon signale de nombreuses autres sources de variabilité, telles que la matière et la qualité occasionnant la douleur. Cet aspect précisé dans le *Canon* fait aussi l'objet d'une discussion au sein de la *differentia* LXXVI du *Conciliator* "Utrum una sit causa doloris tantum subita scilicet alteratio, necne"⁵¹. Pour éclaircir ce sujet, Bernard s'appuie sur les deux points suivants. D'une part, seules certaines douleurs sont consécutives à une matière, et cette dernière est de nature variable: une des quatre humeurs corporelles qui serait peccante, une ventosité, une aquosité etc. D'autre part, la cause de la douleur peut être une qualité première, mais toutes les qualités premières ne sont pas engagées de façon égale et identique dans la survenue de douleur⁵². Le chaud et le froid sont cause de douleur car il s'agit de qualités actives qui exercent une forte "impression" dans le corps. Le chaud et le froid peuvent engendrer une douleur *per se*, c'est-à-dire en tant qu'ils sont respectivement chaud et froid. En cela ils se différencient du sec qui ne peut induire une douleur que par accident, c'est-à-dire non en raison de la sécheresse elle-même, mais parce que le sec peut provoquer une solution de continuité. Quant à l'humide, il ne peut causer une douleur ni *per se* ni par accident, mais "accidentellement et par accident", c'est-à-dire non en tant que qualité première mais parce qu'existerait dans le corps une matière humide peccante, par laquelle l'effet de l'humide peut être rapporté à une solution de continuité. Ce point délicat du mode de nuisance particulier à l'humide est davantage éclairci dans le

chapitre concernant la douleur de tête. Bernard rappelle qu'Avicenne, dans le chapitre du *Sextus de naturalibus* consacré au toucher⁵³, a mentionné qu'un sens ne saisit un sensible qu'en fonction de la qualité laissée par le sensible dans l'organe du sens, et qu'il ne saisit cette qualité qu'autant qu'il y a passion, mouvement et installation (*fieri*) puisque la sensation est une passion ou semblable à une passion. De ce fait, quand une qualité laissée dans l'organe du sens n'induit pas de passion en raison de sa similitude et de la faiblesse de son caractère contraire, de sa qualité passive et faible, la qualité n'est pas sentie *per se*, et elle ne peut engendrer *per se* une douleur. En revanche, cette qualité peut être sentie et engendrer une douleur par accident si elle-même cause une solution de continuité. Toutefois, l'humide n'est senti ni *per se* ni par accident car il est la qualité la plus faible des qualités passives. Il lui est seulement possible d'être senti accidentellement et *per accidens* quand l'humide est celui d'une matière très abondante qui, du fait même de son excès quantitatif, dissout la continuité d'une partie corporelle. C'est ainsi en s'appuyant sur certaines conceptions de philosophie naturelle exposées par Avicenne que Bernard de Gordon résout la question des modalités d'effet des qualités premières: l'humide est responsable de douleur selon une modalité très différente du chaud et du froid qui agissent *per se* car ils laissent une forte impression, par quoi le sens du toucher saisit la survenue d'une corruption.

Si, aux dires de Bernard de Gordon qui suit Avicenne, la douleur est toujours rapportable pour le médecin à une mauvaise complexion modifiée ou une solution de continuité, il existe donc toutefois une variabilité des qualités premières en jeu (avec ou sans matière) et de leur capacité à engendrer la douleur par elles-mêmes. La cause de douleur se diversifie tout autant en fonction de son origine locale, à savoir extrinsèque ou intrinsèque. Cette dichotomie est exposée par Bernard de Gordon à la fois dans le chapitre relatif à la douleur en général et dans les chapitres traitant de douleurs particulières (tête, dents, oreille, reins). Dans le cas de la douleur d'oreille, la cause externe peut être un vent fort, le froid ou le chaud, quelque chose qui serait tombé dans l'oreille, la cause interne peut être une maladie antérieure, une mauvaise complexion, une solution de continuité, un abcès. Comme on le comprend d'après la caractérisation de la douleur, les causes externes ne sont causes de douleur qu'en tant qu'elles vont induire un effet interne rapportable à une mauvaise complexion modifiée ou une solution de continuité. Ces causes externes de douleur peuvent être identifiées à ce que la médecine médiévale, suivant l'enseignement de Galien, nomme "causes primitives" (procatarctiques). Les maladies, causes internes, sont quant à elles des causes plus proximales de la douleur, ce sont des causes antécédentes voire conjointes⁵⁴. Les causes internes agissent en effet indirectement ou directement. De ce point de vue, on peut distinguer des douleurs qui ont une cause dite privée (*causa privata*), par opposition à celles qui ont une cause éloignée (*causa remota*), en fonction du lieu corporel engagé dans la cause première de douleur. Ce lieu originel influence la continuité ou l'interpolation de la douleur. Comme le précise le *Lilium medicinae*⁵⁵, le plus souvent,

si la cause interne existe dès son origine dans la partie où siège la douleur, cette douleur est continue, par exemple une matière mauvaise siégeant dans la tête y engendre une douleur continue. Au contraire, si la matière parvient à la tête depuis une autre partie du corps, la douleur sera interpolée car l'arrivée de cette matière est discontinue. Néanmoins, Bernard de Gordon souligne qu'une matière nocive peut demeurer dans la tête sans y engendrer une douleur continue, notamment parce qu'elle est en petite quantité ou bien parce qu'elle est parfois au repos et non en mouvement, en raison de la nature même de cette matière et de ses périodicités de mouvement, ou encore en fonction de la force du patient.

En se focalisant sur les seules causes internes, Bernard de Gordon présente en outre une typologie qui repose sur le ressenti du malade. La douleur repose sur une *contrarietas* entre agent et patient d'après Avicenne. Nous pouvons de ce fait supposer que le ressenti varie selon l'agent de la douleur et selon son patient, à savoir selon l'individu qui la subit et ses particularités notamment complexionnelles. Dans la mesure où la physiologie médiévale suppose une sensibilité variable des membres corporels, le lieu affecté serait aussi source de variabilité de la douleur. Bernard de Gordon développe plus amplement la variabilité occasionnée par la diversité des humeurs corporelles en jeu, des parties corporelles affectées, ainsi que par l'abondance ou la rareté de matière⁵⁶. Après avoir indiqué que les espèces de douleur sont nombreuses selon Avicenne et Galien (*secundum Avicennam et secundum Galenum*), Bernard souligne qu'elles peuvent être rapportées à trois ou quatre comme Galien lui-même l'a écrit dans son commentaire aux *Aphorismes* et dans son *De regimine sanitatis*. En effet, nous pouvons trouver une multitude d'espèces de douleur dans plusieurs œuvres de Galien quoique, dans *Lieux affectés*, certaines (douleurs pulsatives, pongitives, gravatives, extensives) soient également plus fréquemment discutées. Par ailleurs, nous pouvons constater qu'au chapitre "De causis cuiuslibet doloris" du *Canon* (I.2.2.1.20)⁵⁷, Avicenne a énuméré au moins quinze espèces de douleurs qui ont reçu un nom tout en exposant leurs causes: telles sont les douleurs *pruritivus*, *pungitivus*, *compressivus*, *extensivus*, *concussivus*, *pulsativus*, *gravativus*. Comme nombre de médecins de la fin du Moyen Âge⁵⁸, Bernard de Gordon privilégie la reconnaissance d'un nombre limité d'espèces de douleur: la douleur aiguë ou pungitive ou ulcérateuse, la douleur extensive, la douleur gravative ou apostématique, la douleur inflammatoire. Si la partie affectée est sensible, la douleur est aiguë, si elle est peu sensible, la douleur est gravative (impression d'un grand poids au lieu douloureux). Si la matière est pénétrante, aiguë, la douleur est aiguë et pongitive, si la matière est froide, la douleur est gravative, si elle est venteuse, la douleur est extensive (impression de tension, de rigidité au lieu douloureux), tandis que si elle est disposée à la putréfaction et à la fièvre, la douleur est inflammatoire (sensation semblable à celle faite par une flamme). Ces qualificatifs mentionnés dans le chapitre du *Lilium medicinae* consacré à la douleur, sont mobilisés tout au long de cette même œuvre pour qualifier les douleurs se

manifestant dans différents contextes pathologiques. Par exemple, le *clavus* est une douleur qui ne se manifeste que dans une partie limitée de la tête et qui donne au patient l'impression d'être piqué au lieu affecté par des clous ou des aiguilles, caractéristique qui amènent les *vulgares* à penser qu'il s'agit d'un sort (*vulgares dicunt quod fascinati sunt*)⁵⁹. Dans la pleurésie, la douleur est aussi spécifiquement pungitive, mais les douleurs d'oreille qui surviennent dans les abcès auriculaires sont tantôt pungitives, tantôt extensives, tantôt gravatives en fonction de l'humeur composant l'abcès (bile, phlegme, mélancolie respectivement)⁶⁰.

La nature de l'humeur peccante est aussi jugée responsable d'une variabilité de la spatialité et de la temporalité de la douleur que précise Bernard de Gordon. À titre d'exemple⁶¹, si le patient a l'impression d'être piqué par des aiguilles, des orties et qu'il perçoit le déplacement de cette douleur pungitive, le déplacement d'une sorte de démangeaison, entre la peau et la chair, c'est signe que des humidités bilieuses, aiguës, piquantes et adustes sont abondantes dans le corps et que, transformées en vapeurs, elles se rendent dans un membre sensible et y induisent des douleurs aiguës. Si au contraire le patient sent une extension dans un membre, comme s'il était rigide et tendu, comme une corde d'arc, alors les humeurs responsables de la douleur sont mélancoliques et difficilement régulées par la vertu naturelle du patient, si la douleur est fixe, bien des ventosités si la douleur est ambulative. Outre le type de douleur et sa spatialité, la temporalité est un autre trait essentiel des douleurs qui renseigne sur leurs causes⁶². Ainsi, selon Bernard, une douleur à la tête causée par une abondance de matière ou de ventosité survient rapidement, une douleur causée par une mauvaise complexion légère se manifeste progressivement. Comme nous l'avons vu pour la douleur de tête, la cause matérielle peut par ailleurs avoir son origine première au lieu affecté (tête) ou venir d'une autre partie corporelle: par exemple des vapeurs et fumées s'élevant depuis l'estomac, le foie, la rate, la matrice). Enfin, certaines douleurs sont fortes voire intolérables (migraine *galeatus*⁶³, douleur intolérable engendrée par les calculs bloqués dans les conduits urinaires⁶⁴), d'autres faibles (comme la douleur de tête dans la léthargie). Ces quelques exemples qui apparaissent dans les subdivisions dédiées à des maladies ou dispositions pathologiques très diverses attestent combien les caractéristiques de la douleur non seulement renseignent le médecin sur la cause de cette dernière, mais en outre permettent au médecin d'orienter son diagnostic de maladie comme nous allons le montrer dans la dernière partie de notre analyse.

3. De la douleur comme signe médical

Nombre de maladies s'accompagnent de douleur qui ne constitue, au sens strict, qu'un accident, mais certaines subdivisions du *Lilium medicinae* sont consacrées à la douleur d'une certaine partie corporelle. De plus, dans la deuxième *particula* consacrée à la tête, après les chapitres dédiés aux cheveux et à la *decoratio*, Bernard de Gordon a choisi d'évoquer en premier lieu la douleur de tête, et la *particula* relative aux reins

début elle aussi par un chapitre portant sur la douleur. Les chapitres dédiés à la douleur de certaines parties signalent l'importance que celle-ci revêt aux yeux du médecin médiéval parce qu'elle est souffrance, parce qu'elle est fréquente, et parce qu'elle oriente le diagnostic. Plusieurs œuvres de Galien abordent amplement la valeur sémiologique de la douleur⁶⁵. Tel est notamment le cas de *Lieux affectés*, ou *De interioribus*. Au livre I, Galien a affirmé que le lieu affecté et la nature de l'affection peuvent être déterminés en tenant compte des matières rejetées mais également des caractéristiques des éventuelles douleurs, et, au livre II⁶⁶, il a amplement développé les informations fournies par le lieu, la projection, l'espèce de la douleur. Selon Galien, l'espèce de la douleur est très informative puisque la douleur pulsatile serait caractéristique des inflammations de parties sensibles, la douleur gravative des tumeurs contre-nature développée dans un membre entouré d'une enveloppe innervée, la douleur pongitive des maladies des membranes. Néanmoins, Galien a souligné la nécessaire prudence dans l'interprétation des signes relevant du lieu de douleur: en une même maladie (par exemple dans la pleurésie), la douleur peut présenter divers lieux de projection.

D'après l'analyse des chapitres du *Lilium* susmentionnés, Bernard de Gordon paraît adopter cette conception qui accorde à la douleur une valeur démonstrative remarquable pour déterminer le type de lieu affecté voire la partie affectée, tout autant que pour le diagnostic étiologique de nombre de maladies. Si, comme nous l'avons précédemment montré, le type de douleur, sa temporalité, sa spatialité, son intensité renseignent sur la cause de la douleur, donc sur celle de la maladie elle-même, ces caractéristiques de la douleur ne sont pas moins essentielles à l'identification de la maladie dont la douleur serait accident. La douleur considérée dans toutes ses particularités n'est que rarement présentée par Bernard de Gordon comme signe suffisant de telle ou telle maladie, mais elle s'avère essentielle dans le tableau de signes de nombreuses maladies et contribue fortement à la différenciation de maladies ressemblantes susceptibles d'être confondues⁶⁷. À titre d'exemple, une douleur pongitive ressentie sur un côté du thorax constitue l'un des cinq signes du tableau évocateur d'une pleurésie⁶⁸. Jointe à une fièvre continue, à une difficulté respiratoire, à de la toux, à un pouls serin, elle permet de conclure à un diagnostic de pleurésie. C'est là, rappelle Bernard de Gordon, un enseignement fourni par Galien dans le *De crisisibus*. La douleur est aussi un élément déterminant pour éviter la confusion entre la pleurésie, qui est un abcès dans les parties pectorales, et un abcès hépatique. Quoique ces deux abcès puissent être confondus à cause de certains signes assez semblables, la douleur hépatique n'est pas localisée au côté mais plus bas, sous le diaphragme. La latéralité de la douleur est aussi en partie informative: une douleur à droite peut correspondre à un abcès hépatique ou à une pleurésie à droite, si l'on ne considère pas suffisamment la hauteur de la douleur, mais une douleur située du côté gauche ne saurait être une douleur d'abcès hépatique. De plus, cette dernière n'est pas aiguë, pas pongitive. Au contraire, les douleurs de pleurésie et de péripneumonie (abcès du poumon) sont

toutes deux aiguës, mais celle de la péripneumonie est moindre et elle se localise davantage en position médiane, entre les deux omoplates. Le lieu de la douleur s'avère aussi essentiel pour distinguer le type de phtisie dont souffre un malade⁶⁹. Prise en un sens large, la phtisie correspond à une plaie ou un ulcère du poumon, de la trachée et des voies respiratoires, voire des enveloppes pectorales. Or Bernard de Gordon mentionne à la fois l'existence de signes communs à toutes les localisations (fièvre hectique, toux, expectorat sanieux), et une variabilité de l'intensité de ces signes et du lieu de la douleur en fonction du lieu affecté. Tandis qu'une douleur au milieu du cou est spécifique à la phtisie de la trachée, la douleur au niveau de l'omoplate et du sein gauches accompagne une phtisie au poumon, avec d'autres signes: toux plus violente, forte nuisance à l'inspiration d'air trop chaud ou trop froid, impossibilité à se tenir allongé sur chacun des deux côtés du corps. La projection de la douleur est un autre critère spatial nécessaire à la détermination du lieu affecté. En effet, alors que dans un abcès au rein droit, la douleur remonte jusqu'au foie, elle descend jusqu'à la vessie si l'abcès est localisé au rein gauche. On ne peut pas pour autant confondre cette douleur avec celle d'un abcès à la vessie car, dans ce cas, la localisation première de la douleur correspond au pubis et au péritoine, d'où elle est ascendante en direction des reins, et s'y ajoute une difficulté à uriner. De même, Bernard de Gordon montre comment la douleur, sa spatialité, son intensité, son éventuel soulagement par telle ou telle médication (clystère, vomissement), constituent des critères qui, éventuellement joints à l'examen de l'urine, servent à différencier la colique ou la maladie iliaque du calcul rénal, ainsi que la colique de la maladie iliaque⁷⁰. La douleur de la maladie iliaque est plus forte, elle abat plus rapidement les forces du malade car elle est une maladie des intestins dotés d'une grande sensibilité, elle est plus ambulatoire latéralement, elle se développe davantage de façon ascendante depuis le nombril. Au contraire, la douleur associée au calcul rénal est plus fixe et elle est plus marquée vers l'arrière du corps, les hanches et les jambes.

La douleur est enfin fréquemment utilisée dans l'établissement des pronostics⁷¹. En premier lieu, Bernard de Gordon mentionne l'aphorisme hippocratique *Labores spontanei narrant morbi* (II.5) (*spontanei* glosé: *sine causa manifesta*). Ce texte peut signifier que toutes les douleurs annoncent de futures maladies. Si les douleurs sont ici considérées comme maladie ou tenant lieu de maladie, Bernard signale que nous pouvons pronostiquer que toutes les douleurs sont mauvaises puisqu'elles abattent les forces ou vertus et sont causes d'abcès et de syncope. Une fois de plus, la source de ce pronostic n'est pas mentionnée, mais nous pouvons reconnaître dans ce *Dolores prosternunt virtutes* un des commentaires de Galien aux *Pronostics* hippocratiques⁷². Certaines douleurs sont jugées très mauvaises voire mortelles comme celles qui retirent le sommeil car elles détruisent les choses naturelles, les opérations corporelles. En effet rien ou presque des opérations corporelles ne peut s'effectuer si une douleur persiste. La localisation de la douleur oriente enfin parfois le pronostic. Bernard de

Gordon énonce plusieurs pronostics concernant les douleurs de tête. Ainsi, au cours d'une fièvre, une douleur de tête annonce souvent l'arrivée de la crise (sans présager de l'issue), mais elle est jugée de mauvais pronostic si sa survenue est très rapide ou très intense. Les douleurs de tête suivies de spasme, abcès, extrusion des yeux sont d'un pronostic également néfaste. De même est signe de mort une douleur ressentie dans les parties précordiales chez qui a pris du poison, tout comme le noircissement de son visage, de sa langue, une hypersalivation, un spasme, une syncope. Quoique Bernard ne mentionne pas ici de source à son affirmation, la consultation du *Canon* démontre qu'il a puisé au livre IV de cette œuvre⁷³. Dans d'autres cas, ce n'est pas l'intensité de la douleur mais sa suppression qui est d'un mauvais pronostic: en effet, dans les fièvres aiguës, cette suppression signale une perte de sensibilité (*stupor*), elle est donc un très mauvais signe.

La douleur constitue donc à la fois un sujet de réflexions théoriques et un outil de pratique médicale dans le *Lilium medicinae*. L'analyse de cet ouvrage représentatif des œuvres de pratique médicale de la fin du Moyen âge démontre combien le médecin savant s'attache à caractériser la nature de la douleur, à en saisir les soubassements physiologiques engageant le corps et l'âme. Le *Lilium medicinae* dont la finalité est pratique s'attache donc à questionner et éclaircir certains aspects de théorie médicale. Si tel est le cas, c'est que cette compréhension est une étape indispensable à la traduction de la douleur en information étiologique. La douleur traduit l'apparition d'une mauvaise complexion ou une solution de continuité en formation, altération corporelle saisie par les sens selon les conceptions adoptées par Bernard de Gordon. L'abolition de la douleur peut quant à elle traduire une stupéfaction sensorielle. La douleur n'existe pas dans l'objet qui l'engendre directement ou indirectement, mais dans l'effet de cet objet ou de sa forme ou de ses qualités sur le patient, sur le corps mais aussi sur l'âme. S'il ne peut y avoir douleur sans passion corporelle, au cours de laquelle les organes des sens reçoivent une impression sensorielle, l'émergence de la douleur requiert tout de même une activité: l'opération de la vertu sensitive de l'âme. L'âme elle-même peut être sujette à douleur dans le cas de la tristesse, en raison du jugement qu'elle porterait sur l'inadéquation, la dysproportion, la dysharmonie de tout ce qui est porté à sa connaissance. Par l'ensemble des discussions qu'il accorde à la douleur, Bernard de Gordon reflète certaines questions prégnantes dans la médecine médiévale, même s'il ne développe pas autant de points de discordance doctrinale que des œuvres plus scolastiques. Comme nous l'avons indiqué, Bernard de Gordon n'aborde pas la divergence d'opinion d'Averroès quant aux causes premières et *per se* de la douleur, contrairement à Pietro d'Abano. Toutefois, au même titre que cette œuvre et tout comme des commentaires au *Tegni* de Galien ou aux *Aphorismes* d'Hippocrate⁷⁴, le *Lilium medicinae* comprend plusieurs éclaircissements concernant la place de la sensation à l'égard de la douleur, la nature de maladie ou d'accident de

cette dernière. De même, Bernard de Gordon mobilise une diversité de sources pour résoudre ces multiples questions, en particulier des œuvres psycho-physiologiques comme le *De anima* d'Aristote et le *Sextus de naturalibus* d'Avicenne car la douleur relève du corps et de l'âme en raison de leurs relations réciproques. Pour traiter ces questions, Bernard de Gordon s'appuie également amplement sur des œuvres relevant premièrement de la médecine: *De morbo et accidenti* de Galien, *Canon* d'Avicenne, *Liber regalis* d'Haly Abbas, *Aphorismes* et *Pronostics* hippocratiques. De telles œuvres deviennent plus encore primordiales dans l'examen des causes et de la signification des douleurs considérées dans leur diversité.

En effet, si interroger la nature de la douleur concerne la théorie médicale en tant que cette question contribue à penser la physiologie des sens et les relations entre corps et âme, c'est en tant que praticien que Bernard de Gordon développe grand nombre de ses réflexions ayant trait à la douleur. Dans ce cadre, c'est d'ailleurs davantage aux douleurs qu'à la douleur que le médecin s'intéresse. Ce dernier doit être capable de comprendre la diversité des douleurs et d'en déduire la cause de la douleur et de la maladie, le diagnostic de la maladie, son pronostic car la médecine médiévale savante fait dépendre tout traitement de ces différentes informations. Dans ce cadre, la parole du patient, son vécu sensoriel, prend une dimension centrale: seul le patient peut indiquer s'il a la sensation d'être piqué au lieu affecté, s'il ressent une tension ou une pesanteur douloureuse, quelles sont l'intensité et les variations quantitatives de sa douleur, si celle-ci est difficilement supportable voire intolérable, où elle se situe et si elle est ambulatoire ou irradiante. De ce fait, la douleur est une expérience du sujet malade qui peut seul en rendre compte et elle n'existe que parce que le corps est animé, parce que la vertu sensitive y opère par des instruments corporels. La parole du patient est également cruciale dans les douleurs de l'âme quand cette dernière est affligée et que s'installe une tristesse qui peut être pathologique. Toutefois, dans le *Lilium medicinae*, le terme de *dolor* se rapporte essentiellement au corps. C'est alors une atteinte originellement corporelle qui la fait naître et son traitement s'appuie sur des médications corporelles. Dans les chapitres consacrées aux maladies dans lesquelles une tristesse se manifeste, la *tristitia* est davantage désignée comme *passio animae*, que comme *dolor animalis* ou *dolor animae*. Si Bernard de Gordon privilégie donc le terme *dolor* pour désigner les douleurs du corps animé, plus que celles que l'âme peut éprouver proprement en raison de certains jugements qu'elle porte, l'auteur du *Lilium medicinae* parle parfois de douleurs animales pour désigner ce qui est ressenti quand l'âme est affligée en reconnaissant une certaine dysharmonie. L'analyse du *Lilium medicinae* atteste donc de l'importance accordée à la douleur, à sa compréhension et sa prise en charge par la médecine médiévale au tournant du XIV^e siècle. De même, dans son *Philonium* (ca 1418), Valesco de Tarente (fl. 1382-1418) a évoqué les désaccords concernant les causes de douleur, le statut de sensation ou de passion de la douleur, la possibilité ou non de douleur pour chacun des cinq sens externes⁷⁵. Niccolò

Falcucci (m. ca 1412) a développé un plus grand nombre encore de points théoriques concernant la douleur dans ses *Sermones medicinales* et y a cité à plusieurs reprises l'œuvre de Bernard de Gordon⁷⁶. L'intérêt porté à la connaissance, à la compréhension et à l'interprétation de la douleur est ainsi demeuré notable aux yeux des auteurs de *practicae* au siècle suivant et les argumentations et éclaircissements développés par Bernard de Gordon ont retenu l'attention de ses lecteurs par leurs qualités, malgré le court format du *Lilium medicinae*.

Bibliography and notes

1. Rey R, Histoire de la douleur. Paris: La Découverte; 1993.
2. Boddice R, Pain: A Very Short Introduction. Oxford: Oxford University Press; 2017; Denny E, Pain: A Sociological Introduction. Polity Press: Cambridge; 2018.
3. Pour la période antique, on pourra aussi consulter: Clarke JR, King D, Baltussen H (eds), Pain Narratives in Greco-Roman Writings: Studies in the Representation. Leyde/Boston: Brill; 2023; Mudry P, Les voix de la douleur entre médecins et malades: le témoignage de l'Antiquité. *Pallas* 2012;88:15-26.
4. Heider D, Pain in Second Scholasticism: Cognitive or Affective. In: David Svoboda, Prokop Sousedík, Lukáš Novák (eds), Second Scholasticism- Analytical Metaphysics - Christian Apologetics. Essays in Honour of Stanislav Sousedík. Neunkirchen-Seelscheid: Editiones Scholasticae; 2024. pp. 151-190.
5. <<https://comod.universite-lyon.fr/une-archeologie-de-la-douleur-30974.kjsp>> (consulté le 31 août 2024).
6. Andrault R, Le Fer ou le Feu. Penser la douleur après Descartes. Paris: Garnier; 2024.
7. Par exemple, contrairement à ce qui est affirmé par Frédéric Le Blay, Penser la douleur dans l'Antiquité: enjeu médical ou enjeu philosophique. In: Prost F et Wilgaux J (eds), Penser et représenter le corps dans l'Antiquité. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2006. pp. 79-92 : "Cette discrétion tient peut-être au silence dans lequel la médecine occidentale a longtemps tenu la douleur; parce qu'elle fut négligée par la science et la pratique médicales, la douleur fut aussi négligée par l'historien".
8. Mowbray D, Pain and suffering in medieval theology: academic debates at the University of Paris in the thirteenth century. Woodbridge/Rochester: Boydell Press; 2009; Cohen T, Towards a History of European Physical Sensibility: Pain in the Later Middle Ages. *Science in Context* 1995;81:47-74; Cohen E, The Modulated Scream: Pain in Late Medieval Culture. Chicago: Chicago University Press; 2010. Yrjönsuuri M, Perceiving One's Own Body. In: Knuuttila S, Kärkkäinen P (eds), Theories of Perception in Medieval and Early Modern Philosophy. Dordrecht: Springer; 2008. pp. 101-116.
9. Demaitre L, Doctor Bernard de Gordon, professor and practitioner. Toronto: Pontifical Institute of Mediaeval studies; 1980; Le Blévec D, Granier T (eds), L'Université de médecine de Montpellier et son rayonnement (XIIIe-XVe siècles) Actes du colloque international de Montpellier, 17-19 mai 2001. Turnhout: Brepols; 2004.
10. Loviconi L, Les Practicae, un révélateur de la structuration et de l'élaboration des savoirs théoriques et pratiques médicaux. In: Moulinier-Brogi L, Nicoud M (eds), Écritures médicales: discours et genres, de la tradition antique à l'époque moderne. Lyon/Avignon: CIHAM éditions; 2019. pp. 73-99.

11. Bernard de Gordon, *Practica Gordonii [...] medicine liliun noncupata*. Venise; 1521.
12. Dolor est sensus rei contrarie aut dolor est mutatio cum corruptela quando sensus apprehendit rem contrariam tunc est dolor: *Ibid.* I.19, f° 9r; Et ideo dicebat Galienus in de morbo dolor est mutatio cum corruptela, et Avicenna dolor est sensus rei contrarie: *Ibid.* II.10. f° 26r.
13. Avicenne, *Canon medicinae*. Venise; 1505. I.2.2.19. f° 33v: Dicemus igitur dolor est sensibilitas rei contrarie. Omnes vero doloris causae in duobus comprehenduntur generibus scilicet genere mutationis complexionis cito facte, et malicia complexionis diverse et genere solutionis continuitatis [...] virtus sensibilis rei adventum sentiat contrarie, et fiet dolor quoniam dolere non est nisi contrarie rei contrarietatem sentire.
14. Wickersheimer E, *Dictionnaire biographique des médecins en France au Moyen Âge*, volume 2. Genève: Droz; 1979. p. 494-5; Jacquart D, *Dictionnaire biographique des médecins en France au Moyen Âge*, Supplément. Genève: Droz; 1979. p. 187.
15. Jean de Tournemire, *Clarificatorium celeberrimi doctoris magistri Ioannis de tornamira preclarissimi studii montispessulani cancellarii super nono Almansoris cum textu ipsius Rasis*. Venise: her. Octaviano Scot; 1507. Cap. XXXI, f° 29v.
16. Bernard de Gordon, Ref. 11. II.10. f°25v (troisième clarificatio). Voir également, *Ibid.* I.19. f° 10r (première clarificatio).
17. Ventura I, Pietro d'Abano. In: *Dizionario biografico degli Italiani*, Volume 83. Rome: Istituto della Enciclopedia italiana; 2015. pp. 437-441.
18. Pietro d'Abano, *Conciliator controversarium quae inter philosophos et medicos versantur etc.* Venise: Iuntas; 1565. *Differentia LXXIII*, f° 111r-112v.
19. Chandelier J, *Avicenne et la médecine en Italie- Le Canon dans les universités (1200-1350)*. Paris: Honoré Champion; 2017. p. 228.
20. Maria Luisa Ceccarelli Lemut, Gentile da Foligno. In: *Dizionario biografico degli Italiani*, Volume 53. Rome: Istituto dell'Enciclopedia Italiana; 2000. p. 342-3.
21. Gentile da Foligno, *Praesens maximus codex est totius scientie medicine principis etc.* volume 1. Venise; 1523. I.2.2.1.19.
22. Sur Gérard de Berry, auteur de ce commentaire: Wickersheimer E, *Dictionnaire biographique des médecins en France au Moyen Âge*, volume 1. Genève: Droz; 1979. p. 203.
23. Gerardus [Bituricensis], *Breuiarium Constantini dictum Viaticum cum expositione Gerardi Bututi medici excellentissimi*. Venise: her. Octavianus Scot; 1505. I.10-11. f° 94v-95v.
24. Haly Abbas est le nom latinisé d'Ali ibn Abbas al-Mâjusî, médecin persan qui est en particulier l'auteur du *Kitab al-Maliki*, traité médical encyclopédique comportant des parties de théorie médicale. Cette œuvre a été traduite et adaptée en latin par Constantin l'Africain, sous le titre *Pantegni*, puis traduite plus fidèlement sous le titre *Liber Regalis* par Stéphane d'Antioche.
25. Le *Sextus de naturalibus* ou *De anima* d'Avicenne est issu de la traduction en latin du sixième livre de son œuvre philosophique *Al-Shifâ'* datant d'environ 1027. Cette traduction a été effectuée vers le milieu du XIIe siècle par Dominicus Gundisalvus et Avendauth.
26. Gentile da Foligno, Ref. 21.
27. Pietro d'Abano, Ref. 18. *Differentia LXXVII*. f° 117r-118r.
28. Bernard de Gordon, Ref. 11. I.26, f° 10r (première clarificatio), II.10. f° 26v (quatrième clarificatio).
29. La médecine médiévale distingue les quatre qualités premières que sont le chaud, le froid, le sec, l'humide, des qualités secondes dérivées des premières telles que la douceur, la mollesse, la dureté.

30. Avicenne, *Liber de anima seu sextus de naturalibus*, éd. Van Riet S. Leyde: Brill; 1968. II.3, pp. 136-137.
31. Bernard de Gordon, Ref. 11. I.26. f° 19r (quatrième clarificatio).
32. Bernard de Gordon, *Ibid.* II.10. f°27r (quatrième clarificatio).
33. Sur les théories médiévales de la vision: Dufossé C, *Les théories de la vision dans les mondes grec et latin du IV^e au XII^e siècle: entre permanence et renouveau*. Paris: Champion; 2021; *La visione e lo sguardo nel Medio Evo- View and vision in the Middle Ages*. Florence: Sismel; 1997.
34. La différence entre sensible propre et sensible commun est posée par Aristote, dans *De l'âme*: 418a7.
35. Bernard de Gordon, Ref. 11. I.19. f° 10r (deuxième clarificatio).
36. Galien, *De symptomatum differentiis liber* dans *Galen Opera omnia*, volume 7. Leipzig: Cnoblochius; 1824. III. p. 57.
37. Sur les douleurs de l'âme, les émotions ainsi que leur prise en compte et leur traitement par les médecins à la fin du Moyen Âge: Cohen-Hanegbi N, *Pain as Emotion: The Role of Emotional Pain in Fifteenth-Century Italian Medicine and Confession*. In: Cohen E, Toker I, Consonni M, Dror OE, *Knowledge and Pain*. Leyde: Brill; 2012. pp. 63-82.
38. Bernard de Gordon, *Ibid.* II.10. f°26r (cinquième clarificatio).
39. Thomas d'Aquin, *Summa theologica* dans *Opera Omnia*. VI. Rome: ex typographia polyglotta S. C. de Propaganda Fide; 1891. p. 241 (II.1, q 35, art 2).
40. Bernard de Gordon, Ref. 11. II. 19-20. f° 29v- 31r.
41. Bernard de Gordon, *Ibid.* III.10. f° 24r.
42. Bernard de Gordon, *Ibid.* I.26. f° 9v. II.10. f° 23v. III.10, f°42r. VI.8. f° 79v.
43. À propos des argumentations ayant trait à ces deux principales causes de douleur dans le commentaire au *De malicia complexionis* d'Arnaud de Villeneuve et dans un commentaire au *De morbo et accidenti*, cf. Perarnau J, *Problemes i criteris d'autenticitat d'obres espirituals atribuïdes a Arnau de Vilanova*. In: Perarnau J (ed.), *Actes de la I Trobada Internacional d'Estudis sobre Arnau de Vilanova*, vol. 2. Barcelone: Institut d'estudis catalans; 1995. pp. 60-62.
44. Galien, *De locis affectis I-II*. In: Gärtner F (ed. et trad.), Berlin: De Gruyter; 2015. II.5, notamment pp 318-9.
45. Avicenne, Ref. 13. I.2.2.19. f° 33v: *Per malitiam complexionis diverse intelligimus ut membra sui substantia complexionem habeant mansivam, deinde advenit eius complexio extranea huic contraria ita ut sit plus calida aut plus frigida quam erit, et virtus sensibilis rei adventum sentiat contrarie et fiet dolor quoniam dolere non est nisi contrarie rei contrarietatem sentire. Malitia autem complexionis mansive nullo modo efficit dolorem neque sentitur.*
46. Avicenne, *Ibid.*
47. Bernard de Gordon, Ref. 11. IV.5. f° 51r.
48. Galien, *De locis affectis* dans *Galen Opera omnia*, volume 8. Leipzig: Cnoblochius; 1824. II.5. p. 80.
49. Pietro d'Abano, Ref. 18. *Differentia LXXVI*. f° 115r.
50. Averroès, *Colliget*. Venise: Juntas; 1552. III.31. f° 25v.
51. Pietro d'Abano, Ref. 18. *Differentia LXXVI*. f° 116r.
52. *Ibid.* I.18. f° 9v. II.10. f° 27r (neuvième clarificatio).
53. Avicenne, *Liber de anima seu sextus de naturalibus*; éd. Van Riet S. Leyde: Brill; 1968. II.3. p. 137.

54. Sur cette distinction entre causes héritées de Galien: Johnston IC, Galen on Diseases and Symptoms. Cambridge/New-York: Cambridge University Press; 2006.
55. Bernard de Gordon, Ref. 11. II.10. f° 26v (première clarification).
56. Ibid. I.18. f° 10r.
57. Avicenne, Ref 13. I.2.2.1.20. f° 33v- 34r.
58. Cohen E, Ref. 8. pp. 149-162.
59. Bernard de Gordon, Ref. 11. II.10. f° 24r.
60. Ibid. IV. 8. f° 55r. III.10. f° 42r.
61. Ibid. I.18. f° 10r.
62. Ibid. II.10. f° 24r.
63. Ibid. II.10. f° 24r.
64. Ibid. VI.12. f° 82r.
65. Roby C, Galen on the Patient's Role in Pain Diagnosis: Sensation, Consensus, and Metaphor. In: Petridou G, Thumiger C (eds), *Homo Patiens - Approaches to the Patient in the Ancient World*. Leyde: Brill; 2016. pp. 304- 322; Loviconi L, *Distinguer les maladies d'apparence voisine- Le diagnostic différentiel au Moyen Âge*. Paris: Garnier; 2020. pp. 23-24.
66. Galien, *De interioribus*, tome I, trad. Burgundio de Pise, éd. Durling R J. Stuttgart: Franz Steiner; 1992. p. 69-83.
67. Pour une analyse du rôle de la douleur comme signe de diagnostic différentiel dans les *practicae* à la fin du Moyen Âge: Loviconi L, Ref. 65. pp. 163-184.
68. Bernard de Gordon, Ref. 11. IV.8. f° 55r.
69. Ibid. IV.5. f° 51r.
70. Ibid. V.17-18. f° 70v- 71v.
71. Ibid. I.13. f° 8r. I.18. f° 10r. II.10. f° 24v.
72. Dans l'édition de Kuhn (K18b. p. 98), il s'agit du commentaire au pronostic I.34 avec la phrase *dolores enim vires exsolvit*, mais dans les éditions antérieures ce pronostic porte un numéro variable. On trouve précisément *dolores prosternunt virtutes* (I.37) dans l'édition *Impressio quinta: 5. et ultima Galeni impressio, continens omnes libros*. Venise: Giunta; 1522.
73. Avicenne, Ref. 13. IV.6.1.
74. Par exemple, les commentaires au passage XXIII, XXIV, XXXII, XXXIX, LXXIV dans le commentaire au *Tegni* d'Ugo Benzi (ed. Venise, 1518), les questions LIV, LV, LVIII, LIX du livre II dans le commentaire de Jacopo da Forli à cette même œuvre de Galien (ed Venise, 1508); la glose de Jacopo da Forli pour l'aphorisme hippocratique XLVI, partie 2 (ed Pavie, 1512).
75. Valesco de Tarente, *Philonium*. Lyon; 1500. IV.15.
76. Niccolò Falcucci, *Sermones medicinales*. Venise; 1491. III.2.3.1, f° 28v-29r.