

# 医療の空間・視覚・言語

## 思想史の文脈で考える

西南学院大学 北垣 徹

本報告の目的は、現在の医療現場で進行するイノベーションや、それがもたらすかもしれぬ認識や価値観の変容を把握するために、19世紀の思想史という文脈を準備し、医療の実践を空間・視覚・言語との関連で考察するための視座を確認することである。

手がかりとして、次のような場面を想像してみよう。

別の病室から手術室へと、ストレッチャーで運び込まれる患者は、帽子や手術着に身を包まれて、傍目には誰かよく分からない。麻酔医の手により、患者は程なく全身麻酔の状態に入る。患者の横たわる手術台の傍らには、アーム部を備え、先端にスコープの付いた機器がある。これがどうやら、近年開発され、現場にも導入されはじめた、手術用顕微鏡システムのようなものだ。アーム部は可動式で、それで視角が調節される。その下の部分は、かなりの重量がありそうだが、キャスターが付いており、押せば案外簡単に動くのかもしれない。

手術室のなかで何より目を惹くのは、壁に掛けられた大型のモニターだ。画面のサイズは50インチを越えるだろう。それは、手術台の傍らに立つ執刀医や助手たちの視線の高さに設置されている。彼ら手術医たちは、手術が始まると、患部に始終かがみ込んでいるわけではない。手術医たちは、それぞれの立ち位置から患部に目をやり、手を運ぶのとは別に、顔を上げて、同一の画面に並行した視線を投げかける。接眼レンズの付いた顕微鏡であれば、ある一人の目先にのみ、見られるべき視野が開かれていた。今や、複数の手術医たちの目先のみならず、看護師たちの目先にも、また傍観者の目先にも、モニターが掲げられている。

モニター上には、切り開かれた患部の微細な部分が、拡大されて映し出されている。50インチを越える大きさのモニターを見つめるのはしかし、それぞれの者の肉眼である。傍観者の目からすれば、画面に映ぜられる高精細の像は、これまで目にしたことのない類のもので、大きな驚異をもたらすだろう。その驚異は、画面全体がもたらす印象であり、その意味では画面全体が図となる。他方で、やがて驚きが醒め、目がモニターに釘付けになることもなくなれば、画面全体が地と化す。傍観者は驚いて「目を見開く」ことはあるのかもしれないが、その肉眼が動くことはあまりないだろう。

手術医たちの目からすれば、事情はまったく異なるはずだ。手術医たちの視線はまず、画面上のある一点に注がれる。視線はさらに、別の一点へと動く。点は線となって、輪郭を辿るかのよう一周したり、ジグザグと往復したりする。「走査」の語が、英語の「スキャン」の訳語を越えて喚起するイメージのごとく、手術医の視線は「走る」。彼らの視覚は、停止（注視）を含む運動を伴う。テオドール・リボーが『注意の心理学』（1899）で述べたように、まさに「運動なくして知覚なし」だ。

手術医たちの、こうした運動を伴う視覚のなかで、画面全体が図あるいは地であるということはいえぬ。地の上には、いくつかの図が浮かび上がる。いやむしろ、そこにあるのは能動的行為であり、手術医たちは地の上で、しかるべき図を「見て取る」。それは外科的介入に先んじつつも、介入と一体化した行為をなすであろう。行為に先立って、それから分離された認識があるというよりは、認識もまた行為であり、続く行為と一体をなすと言える。

それは、人が走る時の視覚に通じるのかもしれない。人が走る時には、視点は常に移動し、上下左右に微妙に揺れる。しかるべきルートを選ぶために、障害物をよけるために、走るには前を見ないといけない。その時に見る行為は、走る行為に支えられている。走ると同時に、視点を支える姿勢を確保する必要がある。走るために見るのだが、見ることは走ることと切り離されて、

あらかじめ行われているわけではない。見ることと走ることは相即的である。うまく走らなければ、よく見ることはできないのだ。

顕微鏡を使った手術でも、おそらく、見る行為は外科的介入に条件付けられている。正しい介入を行うためには、よく見ないといけないが、よく見るためには、正しい介入を行わないといけない。介入が続き、手術が進展するとともに、見て取るべきものは変化していく。

そして、そこに介在する決定的要因が言語である。患部の特定の部位は、ある特定の語で名指される。その部位を見て取る手術医は、その部位を名指す言葉とともにそうするのだ。見て取ることは、名指して言葉にすること、つまり言表行為とともにある。言い表すことのできるものが見て取ることのできるものであり、言い表せないものは見て取ることができない。あるいはたんに、言葉を知らぬ者は見て取ることができない。モニターの画面を、ただ驚異をもって眺める傍観者には、しかるべきものは何も見えていない。いくら高精細度の映像であっても、言葉を知らぬ者の目には、大したもの映じない。言葉を知る者のみが見て取ることのできるものがある。

そうした意味では、白黒のX線写真でも、事情は同じことだ。ぼんやりとした影しか見えないか、そこにしかるべき病変を読み取るのか、その分かれ目は画像の精細度の違いに由来するものではない。違いは言葉と、それが織りなす体系という、画面上ではないところに存する。高精細度の画面上でも、違いを生み出すのは別のところだ。精細度を上げれば上げるほど、よく見て取ることができるわけではない。

あるいは、生半可な医学的知識をもとに画面を見て、ある部位の名を口にしたところで、それを「見た」ことにはならない。いや、「診た」ことにはならない。つまりこの場合、「見る＝診る」ことを保証するのは、たんなる言葉やその体系ではなく、医師という法的な資格やそれを支える体系である。この場合、見ることは判断すること、すなわち診断であり、それはしかるべき処置や結果、責任を伴う行為である。その行為は、手術用顕微鏡のモニター上で展開することがあるにせよ、それによって必ずしも条件付けられることはない。診断の体系はモニター上とは別のところにある。

このように、空間や視覚、言語の体系に支えられた医療の実証性 (positivité) は、ミシェル・フーコーが『臨床医学の誕生——医学的まなざしの考古学』で示したように、19世紀初頭の西欧で成立して、今もなお残っている。現代の医療における高度なテクノロジーの導入は、その実証性のあり方を変革するのだろうか？それを問う前に、今一度、医療の実証性を構成する空間や視覚、言語の体系がどのようなものなのか、確認しておく必要があるだろう。

#### 【文献】

CRARY, Jonathan, *Techniques of the Observer: on Vision and Modernity in the Nineteenth Century*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 1992 (ジョナサン・クレーリー『観察者の系譜：視覚空間の変容とモダニティ』遠藤知巳訳、十月社、1997)。

CRARY, Jonathan, *Suspensions of Perception: Attention, Spectacle, and Modern Culture*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 1999 (ジョナサン・クレーリー『視覚の宙吊り：注意、スペクタクル、近代文化』岡田温司監訳、平凡社、2005)。

FOUCAULT, Michel, *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical* (1963), repris dans *Œuvres I*, Paris, Gallimard « Pléiade », 2015 (ミッシェル・フーコー『臨床医学の誕生』神谷美恵子訳、みすず書房、1969年)。

GAUCHET, Marcel, *L'inconscient cérébral*, Paris, Editions du Seuil, 1992.

REED, Edward, *From Soul to Mind: The Emergence of Psychology, from Erasmus Darwin to William James*, New Haven, Yale University Press, 1997 (エドワード・リード『魂(ソウル)から心(マインド)へ：心理学の誕生』村田純一他訳、青土社、2000年)。

RIBOT, Théodule, *Psychologie de l'attention*, Paris, Alcan, 1889.