

Chiara Tartarini

Immagini del corpo tra evidenze e visibilità

Corpi orizzontali

Negli anni Venti del Novecento, un celebre neurologo che collezionava spellati didattici trovò una statuetta nel retrobottega di un rigattiere. La figura era coperta da uno strato bianco che si scrostò ai primi tentativi di pulizia, portando così alla luce un secondo corpo, coloratissimo, con i muscoli rossi e le aponeurosi blu; ma dopo un ulteriore bagno apparve un terzo corpo, un San Bartolomeo di

legno finemente lavorato.¹ Questa matrioska epiteliale, che strato dopo strato segna il passaggio dal secolare al sacro e qui, significativamente, si arresta, continua da tempo a riaffermare la natura implicitamente costruita e mediata dell'iconografia medica: un genere di immagine che traduce la fisicità in dati intelligibili attraverso un processo che, tuttavia, apre spesso a derive immaginifiche, strettamente imparentate con le regole, i miti e i simulacri dell'arte (Pigmalione non aveva forse condensato

la fluidità corporea confondendo le materie, simulando la carne nell'osso e plasmando una statua nervosa, palpitante di sangue?).² (fig. 1).

Il problema della raffigurazione del corpo, qualora tale raffigurazione voglia tener conto dell'esattezza anatomica – cioè rappresentare l'immagine esteriore in modo somigliante a ciò che è originato dalla struttura profonda – ha una natura intimamente concettuale. Potremmo dire con Arnheim che lo studio dell'anatomia “permette di acquistare un *concetto visivo* di cose che non possono essere viste ma che aiutano a configurare ciò che si può vedere”.³ Sia nell'arte sia nella medicina, questo studio consente un apprendimento per frammenti (“chi non si ricorda le pagine di nasi, orecchie, di mani che hanno afflitto la nostra infanzia di studenti d'arte?”, si lagnava Delacroix)⁴ che precede l'atto di riconoscere e nominare le parti come componenti originali di un tutto. Se in medicina l'anatomia offre la possibilità di attuare un confronto tra

gli stessi frammenti di soggetti diversi e valutarne il grado di conformità a una norma – che, appunto, spiegherebbe le ragioni di un “benessere” o di un “malessere” –, nell'arte permette di rappresentare frammenti astratti da un contesto iniziale e inserirli in cornici diverse, funzionali a un diverso racconto del corpo. In entrambi casi, i frammenti vengono dunque rifunzionalizzati: l'anatomia allora non sarà soltanto il mezzo per raggiungere determinate certezze visive, o l'immagine neutra per definizione, ma anche il contesto epistemico in cui tali certezze, originate da uno “smontaggio”, acquistano senso in un “montaggio” essenzialmente creativo.

In ogni indagine compiuta sulle immagini medicali da chi è per ruolo esentato dagli anfiteatri anatomici, ci troveremo ad essere debitori delle antiche cerimonie settorie, durante le quali gli attori, il *lector*, il *prosector* e l'*ostensor*, smontavano le complesse articolazioni che regolano il giocattolo-corpo. Nel corso di questi rituali, si fi-



Fig. 1 – Marco d’Agrate, *San Bartolomeo*, 1562, Duomo di Milano.



Fig. 2 – Rembrandt, *Lezione di anatomia del professor Tulp*, 1632, Mauritshuis, L’Aia

niva per vedere – si sa: il *théatron* è il luogo in cui “si vede” – anche quello che in realtà non esisteva.⁵ Semplificando un poco, possiamo attribuire questi riconoscimenti

dell'assenza alla fiducia nell'autorità del *lector* e in un'analisi basata sulla dialettica tra *apertissimus* (ciò che è "evidente") e *manifestus* (ciò che è "visibile"). In ogni dipinto del passato che rappresenti l'atto settorio emerge infatti con forza il problema del rapporto tra forma e parola o, più nello specifico, tra libro e corpo (si pensi, alle numerose immagini relative alle "lezioni di medicina" e, tra tutte, ovviamente, al Tulp di Rembrandt). (fig. 2)

Non minore è il debito nei confronti delle illustrazioni anatomiche "classiche", capaci *illudere – in ludus...* – proprio in virtù della loro autorevolezza scientifica. Nonostante il rigore, infatti, le immagini anatomiche tradizionali, quelle vesaliane e post-vesaliane, uniscono la consistenza scientifica alla messa in scena, aprendo naturalmente alla finzione e all'allegoria. Vi troviamo carcasse piene di vita, con i nervi come corde spezzate (fig. 3), che lasciano trapelare il loro sgomento da volti ischeletriti e sono pronte, anche dopo il loro *strip-tease* di carne, ad

accollarsi la responsabilità dei loro riti funebri. All'interno di una logica tanto drammatica e illusiva, comune a gran parte della storia dell'iconografia medica, è come se la rappresentazione prevaricasse la realtà: pensiamo, tra gli esempi più celebri, alle cosiddette *flap anatomies*, silhouettes di carta a pagine sovrapposte che coinvolgono lo spettatore nella dissezione virtuale su un corpo sfogliabile (fig. 4); alle cere anatomiche ("cadaveri d'accatto", secondo Mario Praz),⁶ apribili fino al più minuto budellame e adagiate in pose languide su preziosi tessuti (fig. 5); alle immagini di Duchenne de Boulogne, in cui ciascuna fascia nervosa è il significante di un determinato sentimento, o ai ritratti scheletrici di Röntgen, che, dopo aver demistificato il registro della *vanitas*, si sono dimostrati oggetti "estetici" in grado di influenzare le avanguardie artistiche.

Ma non è necessario risalire tanto indietro nel tempo: a tutti capita, prima o poi, di fare esperienza della "diagno-

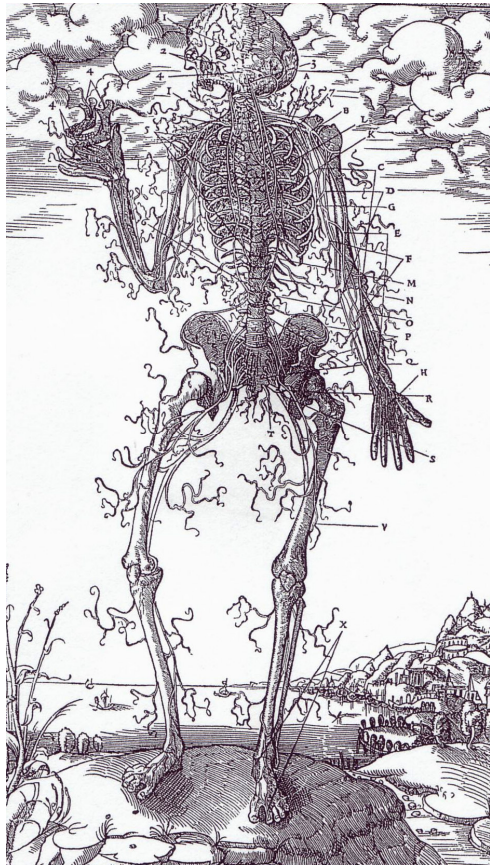


Fig. 3 –Figura dei nervi, da Charles Estienne, *De dissectione partium corporis humani*, 1545

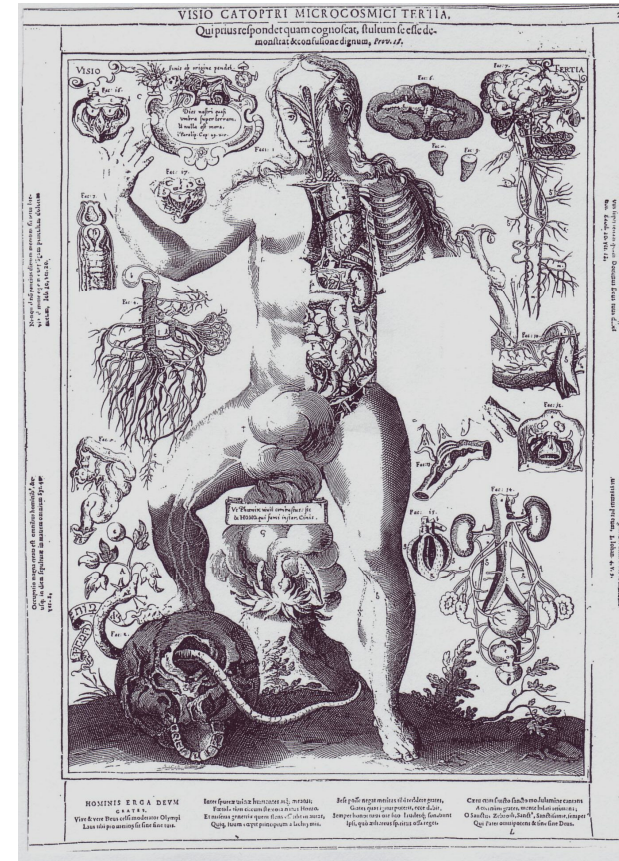


Fig. 4 – Flap anatomy di donna, da Johann Remmelin, *Catoptrum Microcosmicum*, 1619

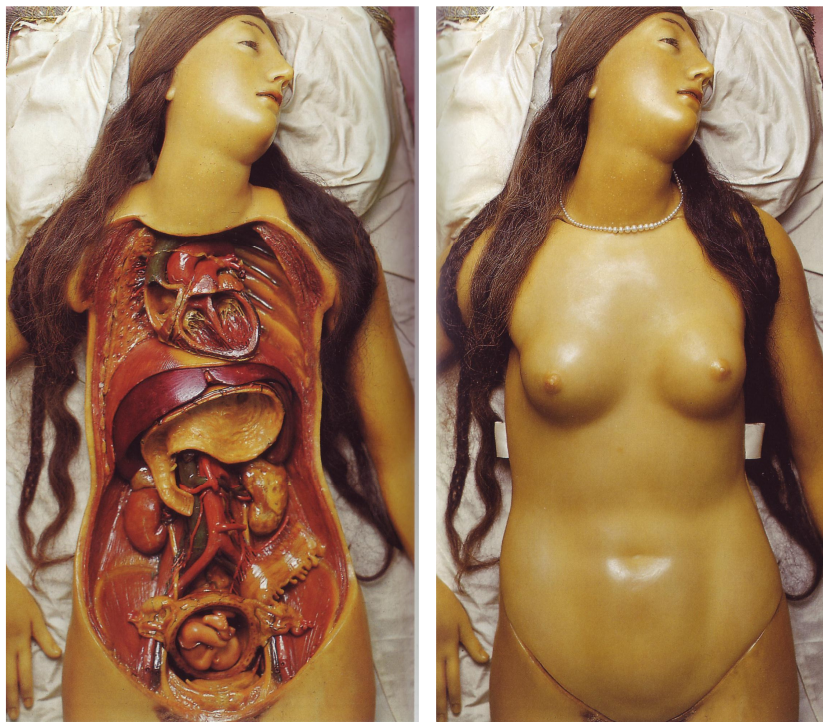


Fig. 5 – Clemente Susini, *Venere anatomica*, 1782, Museo della specola, Firenze

stica per immagini”, che ci pone dinanzi ad alcuni problemi relativi alla rappresentazione del corpo, alla sua comprensibilità, alla permanenza di unità minime che ci permettano di riconoscerlo come corpo (fig. 6). Le immagini della diagnostica contemporanea, più ancora delle loro antecedenti, forniscono rappresentazioni precisissime ma la “leggibilità” dell’oggetto tende a scomparire, come se la crescente fedeltà al modello finisse per condurre a una mortificazione delle sue forme riconoscibili. Detto altrimenti, non siamo mai pronti a sentirci ritratti da quei segni iconici, a somigliare a quei diagrammi colorati, persino ornamentali, che pure ci vengono presentati come immagini delle nostre parti costitutive. Questo tipo di rappresentazione lascia spontaneamente presagire l’esistenza di un sapere altro e serve dunque più che mai da supporto al verbo, alla parola. Svolge cioè una funzione di chiarimento per noi solo nel momento in cui diventa parte integrante di un contro-immaginario illustrato dalle

parole del medico, in un contesto a suo modo “seduttivo”: solo allora riusciamo a negoziare un rapporto tra la realtà del nostro corpo e quella delle immagini che da esso derivano.

Ci potremmo chiedere quale ruolo autenticamente “evidenziale”⁷ venga giocato da queste prove per immagini, da questa figuratività per iniziati che dimostra come l’esattezza mimetica non vada necessariamente di pari passo con l’accessibilità al significato. Osservando queste immagini, ci pare quasi che il desiderio di creare un calco obiettivo del corpo abbia condotto, per una sorta di *hybris* figurativa, a uno strappo nel tessuto del reale e che dunque, per poter accedere a un significato, dobbiamo consegnarci a un’esegesi mediata, fatta di impermeabilità, di specialismi semantici, di arcaismi e isole linguistiche. Insomma, più la rappresentazione risulta “precisa” – astrattamente precisa – più ci costringe a credere in ciò che trascende il visibile.⁸

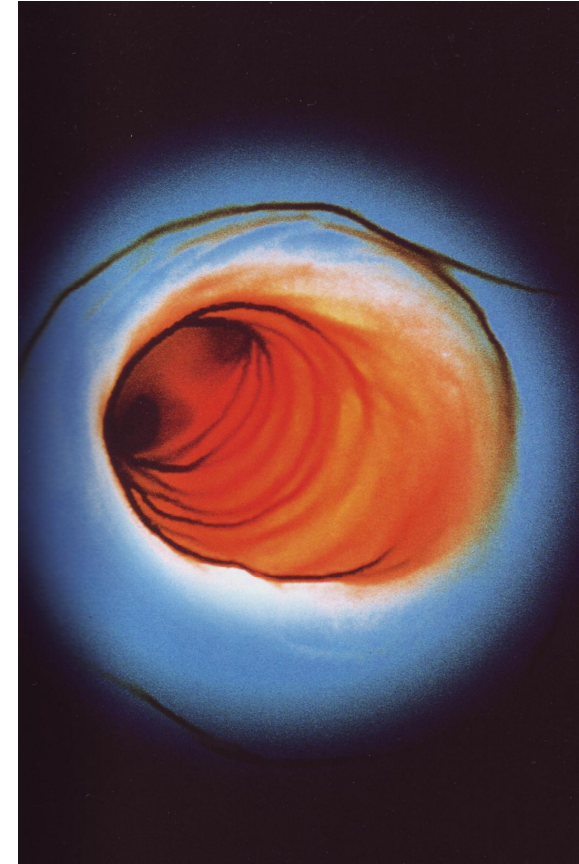


Fig. 6 – *Arteria carotide*, angioscanner

I colori dell'*imaging* biomedico, ad esempio, sono “falsi” colori, sono codici che sovrappongono informazioni alle informazioni per agevolarne l’interpretazione. Quando osserviamo un’immagine che è astrazione codificata di un fenomeno, sappiamo di essere dinanzi al risultato di un particolare costruito, il cui senso si compone all’interno di un modello ordinato. Sappiamo, insomma, di doverci accedere attraverso una “interpretazione”. Ma quando abbiamo a che fare con un’immagine del nostro corpo, che si è prodotta per una sorta di effetto collaterale dell’atto autoptico (cioè per la distinzione tra corpo fisiologico e corpo come luogo concreto di esperienza), le cose si complicano. Per noi, quel “corpo cosa” non è una realtà *altra*: è solo una differente modalità di concettualizzazione, che muove da una visione mai innocente, dal momento che “l’occhio non funziona come uno strumento isolato e dotato di potere autonomo, ma come membro obbediente di un organismo complesso e capriccioso”.⁹

Detto altrimenti, l'*imaging* biomedico, con le sue -scopie e -grafie, si conferma capace di cogliere un fatto in uno “stato di natura” ma ribadisce anche il complesso rapporto tra opacità e trasparenza, tra visibile e invisibile. Un secondo effetto collaterale emerge dunque quando la stessa immagine dà origine a descrizioni – spaziali, temporali, d’intenzione e possesso – talmente differenti da sembrare descrizioni di oggetti completamente diversi: cioè quando, appurata la scientificità di un’immagine, interviene ugualmente un altro livello di analisi, che affianca l’autorevolezza dell’“occhio clinico” senza contraddirlo. Se le forme non sono riconoscibili e neppure nominabili, se turbano i sensi, se la sensazione prevale sulla riflessione, ci sforzeremo allora di rintracciare parentele con oggetti noti, liberando così l’aspetto simbolico delle immagini, le fantasmagorie personali e innescando la possibilità di una fruizione *altra* che accetti la presenza di due significati in una sola carne. Quando ciò avviene, non siamo di fronte a

un disturbo, a un “substrato rumoroso” ma a un’immaginifica riappropriazione del nostro corpo che passa, ancora una volta, attraverso il riconoscimento dell’inesistenza dell’osservazione pura.¹⁰

Corpi verticali

Nel corso dei secoli, le immagini medicali hanno dimostrato una loro coerenza al di là delle tecniche, dei sistemi e delle procedure di indagine. Alla fine dell’Ottocento, tuttavia, grazie ai dispositivi cinematografici, emersero ulteriori problemi relativi alla potenziale illusorietà, percettiva e interpretativa, di immagini altamente mimetiche. La scienza, che era alla ricerca di tecniche sempre più rigorose, capaci di cimentarsi su corpi fin troppo espressivi, pensò subito di trovare nel cinema un alleato “fedele”, in grado di render conto di una visione così “naturale” da

consentirle persino di affrancarsi dalla metaforizzazione dei fenomeni. Ma anche il cinema non fu dispensato da una rigorosa messa in discussione delle sue potenzialità: anche il suo mettere *in movimento* finì per creare una sorta di coesione tra diversi mondi e dare così vita, si potrebbe dire, a un’immagine spontaneamente *e-motiva*.

I primi esempi di cinema medicale, infatti, riproposero nella complessità le questioni sulla rappresentazione del corpo e, non diversamente dall’iconografia anatomica tradizionale, si rivelarono più aperti alla finzione di quanto non ci si sarebbe aspettato da un dispositivo così “fedele”. Proprio per questa ragione si scoprì più forte che mai il rischio di cadere nell’analogia e nella metafora (“la camera trasforma le sopracciglia in una foresta, una narice in un cratere, un ritaglio di pelle in una collina”¹¹) o nelle derive lessicali che, ancora oggi, spesso incombono sui tentativi di stabilire una estetica della scienza.

Il cinema si rivolse alle malattie che presentavano le manifestazioni dinamiche più “evidenti”, alle patologie della locomozione e, molto in generale, del comportamento. La scomposizione dei meccanismi che regolano il movimento diventò, prima con la cronofotografia e quindi con il cinema, uno dei desideri visivi più espressi e realizzati. Ma anche gli esiti di questi tentativi non furono affatto immuni da problemi ontologici. Ad esempio, il fisiologo Étienne-Jules Marey, con preoccupazione tutta ottocentesca e una nutrita squadra di collaboratori, misurò le manifestazioni del corpo ricorrendo ad apparecchiature che captavano i segnali e ne restituivano una trascrizione grafica. La sua pratica, però, si rivelò incline all’espressione astratta, a tutto svantaggio della riconoscibilità del corpo: in anticipo sui risultati della diagnostica odierna, Marey ordinò infatti la complessità organica in strutture tanto semplificate e astratte da far perdere di vista l’effetto generale. Ossia, per “restituire alla vista ciò che la comune

sensazione le aveva inizialmente sottratto”,¹² cioè per smettere di vedere il corpo nella sua forma complessiva e confusa, Marey prese nuovamente atto dell’insufficienza dell’occhio, ridusse artificialmente la superficie da esaminare e rese invisibili, oscurandole, le parti non necessarie. Con il suo celeberrimo uomo in nero, vestito di una calzamaglia provvista di bande riflettenti, Marey presentò un corpo ridotto a pura linea, in totale rottura con la *mimesis*: un’astrazione che urtava contro le conoscenze immediate e portava alla dissoluzione della riconoscibilità del corpo nell’obiettività scientifica. Per di più, e paradossalmente, queste “iscrizioni dinamiche” attuavano una frammentazione del movimento che riconduceva il corpo alla sua immobilità, cioè al tradizionale modello dell’anatomia, secondo il quale ogni corpo deve “stare fermo” per poter essere analizzabile. La loro danza stilizzata di veri passi e falso movimento dimostrò quindi nuovamente che l’immagine scientifica, per procedere in una

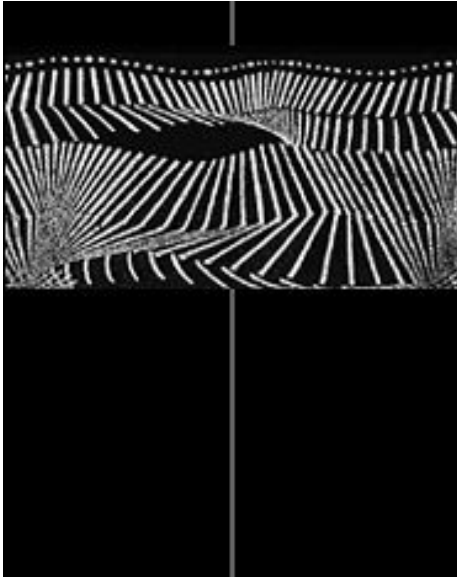


Fig. 7 – Etienne-Jules Marey, *Studio di camminata*, 1880

analisi profonda, è costretta a sostituire la realtà con una sua codifica iconica, la quale, a sua volta, ha bisogno di un ulteriore piano concettuale per essere disambiguata. In generale, il primo elemento che viene considerato per mettere in relazione il cinema con la medicina è

l'interesse crescente e peculiare per le immagini da parte della clinica ottocentesca. Secondo diversi studiosi, il cinema, che sarebbe scientifico per lignaggio, avrebbe persino consentito alla medicina di mettere in dubbio la necessità delle parole come sostegno delle sue esemplari chiarezze. Le immagini cinematografiche sembrarono infatti ovviare sia ai limiti della sensorialità ordinaria sia alle lacune del linguaggio ma l'entusiasmo nei loro confronti non durò a lungo. Negli articoli sull'argomento apparsi nei primi quarant'anni del Novecento, infatti, si possono reperire alcuni concetti che istituiscono strette correlazioni con la tradizionale iconografia medica. Non vi è dubbio: un film avrebbe anche potuto mostrare le dinamiche sul corpo in maniera più adeguata di quanto non avvenisse nel vivo dell'anfiteatro (e avrebbe evitato agli studenti di medicina la cosiddetta "chirurgia dei morti", a tutto vantaggio di una nuova etica dell'immagine)¹³ ma perlopiù si sarebbe limitato ad essere un supporto ade-

guato per le spiegazioni di quanto si doveva compiere. Il proiettore avrebbe cioè fatto le veci dell'*ostensor*, cioè di colui il quale durante le antiche dissezioni indicava le parti che il *prosector* estraeva dal corpo e che il *lector* avrebbe dovuto illustrare.¹⁴

Inoltre, il cinema avrebbe potuto mostrare l'intervento meglio eseguito di un chirurgo di gran fama all'interno di un contesto di ricerca o di memoria clinica ma così facendo, presentando un intervento ideale su un corpo ideale, cioè perfettamente compatibile con quanto si intendeva mostrare, avrebbe anche messo in luce il lato nascosto del suo stesso realismo. Un esempio a questo proposito è la produzione di Eugène-Louis Doyen, un chirurgo che iniziò presto a fare del cinema un uso provocatorio. I filmati dei suoi interventi affascinarono il pubblico dell'epoca, non solo quello preparato a comprenderne l'importanza scientifica e didattica ma anche quello non dotato, fuor di metafora, di occhio clinico. In Francia, la sua produzione

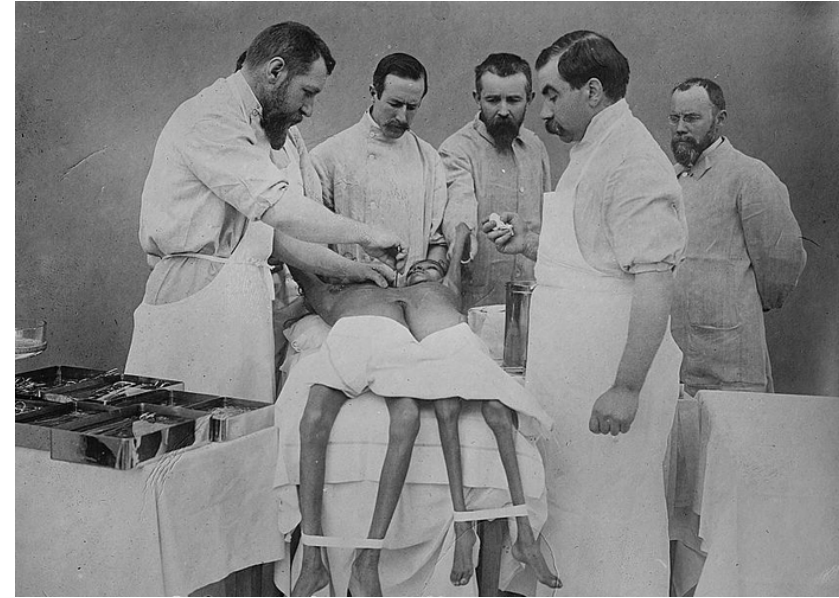


Fig. 8 – Eugène-Louis Doyen, *Separazione delle gemelle siamesi Doodioca e Radica*, 1902

suscitò le avversità della categoria medica e provocò numerose proteste, che esplosero nello scandalo seguito alla proiezione della pellicola sulla *Separazione delle gemelle siamesi Doodioca e Radica* (1902). Questo breve film, che

ebbe anche una deplorable diffusione spettacolare, divenne uno dei punti di riferimento del cinema chirurgico, almeno fino al momento in cui la prefettura ricorse a soluzioni estreme e ne proibì la proiezione. Si tratta di una ripresa in campo medio sulla scena operatoria – un intervento eseguito alla massima celerità e, così pare, senza troppa garanzia di asepsi – che mira a dimostrare l'affidabilità del procedimento e la generica abilità del chirurgo (fig. 8). Dal momento che il corpo del paziente è in campo come oggetto sul quale opera la maestria del medico, le immagini di Doyen permettono solo l'osservazione di eventuali errori nella disposizione generale – con gli assistenti come comparse e i ferri come oggetti di scena –, l'eliminazione delle sbavature inutili nella grammatica dell'atto, dei tempi morti e delle stasi narrative. Insomma, è il medico, non il paziente, a essere al centro di una scena che raccoglie più "corpi" in un armonico convegno: quanto allo spettatore, egli può assistere

allo spettacolo sintetico dell'elegante manualità del chirurgo, concentrata attorno a un corpo non più importante degli altri.

Film di questo genere restano immagini da "vedere da lontano" – la prossimità non ci direbbe molto di più e, da lontano, si può cogliere meglio quello che a Doyen interessava maggiormente, ossia la dinamica del gesto. L'intera concezione dell'atto assume infatti le caratteristiche di una coreografia: vigile ostaggio della meticolosa messa in scena a cui intendeva pervenire, Doyen sottoponeva se stesso a una severa censura, ricostruiva a posteriori i tempi della regia e mirava a un miglioramento della sua performance in vista della ripresa successiva ("un gesto, un movimento inutile mi era sfuggito. Mi ripromettevo di studiare di più e di perfezionare la mia tecnica").¹⁵ Ma non è tutto: anche la prassi di Doyen prevedeva che il film venisse mostrato solo a "spiegazione" avvenuta, cioè solo dopo che si fosse *illustrato*, con l'ausilio di schemi e

disegni, quanto si sarebbe *visto*. Siamo quindi ancora dinanzi alla tradizione dell'iconografia medica, secondo cui l'immagine più eloquente è quella semplificata, orientata e costruita, quella che lascia da parte ogni dettaglio inutile e sceglie gli aspetti più astratti e significativi (“a cosa servirebbero i dettagli descrittivi esagerati?”, diceva Bichat).¹⁶

Per Paul Sabon, autore nel 1930 di un reportage sui film chirurgici, Doyen è l'autore più interessante dei primi anni del secolo proprio perché riprese “il duello misterioso e appassionato del medico e del suo paziente”.¹⁷ Ma questa maniera di filmare i corpi – orizzontali e verticali – non ha avuto fortuna in epoche successive: il cinema scientifico ha dovuto infatti dimostrare di sapersi comportare seriamente, coscienziosamente, escludendo il rapporto tra il corpo del medico e quello del paziente. Ha dovuto cioè evitare il “rumore”, l'intermittenza del dramma, se non riducendolo, con i suoi primissimi piani, a un dramma di

sistole e diastole; ha dovuto dimostrare di poter vedere chiaro tra le vene, le arterie, i tendini, i muscoli e il colore rosso che uniforma l'interno del corpo, per concludere poi sull'opera di ricucitura dell'involucro. Insomma, ha dovuto allontanare l'interesse e la curiosità del pubblico “mondano”, restringere i suoi campi di interesse e lasciare la passione dei corpi appannaggio della fiction.

Sul cinema medico dei primi del Novecento influì in maniera non secondaria la differenziazione delle pratiche cliniche e così anche i film si indirizzarono verso visite specialistiche e altrettante specialità dell'immaginario. Il caso della neurologia e della psichiatria presenta diversi elementi di interesse, anche perché i suoi metodi furono al centro di dibattiti che talvolta esulavano dai contesti più strettamente scientifici. Nel 1908, Camillo Negro, direttore dell'ospedale psichiatrico di Torino, ebbe l'idea di far girare un film da Roberto Omegna (che poi fu attivissimo nell'ambito del cinema scientifico). Il risultato è *La*



Fig. 9 – Camillo Negro, *La Neuropatologia*, 1908

Neuropatologia, il primo film italiano destinato all'insegnamento universitario, che alla sua prima proiezione venne salutato come eccellente esempio di "verticale tavola anatomica", capace di intrattenere il "colto pub-

blico" con la meraviglia di oggetti e soggetti in movimento.¹⁸ Il film riprende ventiquattro casi clinici, per un totale, comprese le parti di commento di Negro, di circa due ore di proiezione: "nevropatici, affetti da emiplegia organica, da paralisi agitante, da accesso epilettico, da diverse forme di corea e di tic, da andature patologiche, da paralisi dei muscoli oculari [e] una povera donna isterica che diventa afona ogni tre mesi e non riacquista la parola se il professor Negro non le ordina di parlare".¹⁹

Nonostante questo campionario di tipi clinici, la sequenza che divenne più celebre fu quella, brevissima, di isteria indotta (fig. 9): in un'atmosfera da "realismo fantastico", il professor Negro e il dottor Rovasenda, dinanzi a un fondale dipinto, presentano una giovane donna che porta una mascherina sul volto e parla, toccandosi ripetutamente la gola, il petto, il ventre, come per riportare i suoi sintomi alla loro dimensione tangibile. All'improvviso la paziente si butta sul letto, opportunamente sistemato alle

sue spalle, e i due medici, schivando i suoi gesti violenti, si adoperano comprimendole metodicamente la regione uterina. La fine dell'attacco, raggiunta in maniera tanto rapida quanto sospetta, è salutata con soddisfazione dal professor Negro, che guarda in macchina, sorride e svela così il suo ruolo attoriale.

L'interesse del documento è notevole. L'attacco inizia esattamente al momento desiderato, come se il corpo del paziente (attore passivo) avesse reagito in risposta allo sguardo del medico (attore attivo). Non si era colto l'improvviso per documentarlo, dunque, ma lo si era prodotto nell'istante giusto per i tempi della ripresa, in perfetta sintonia con le peculiarità della malattia, i cui sintomi erano anch'essi provocabili, nella loro forma ideale, dalle volontà e dalle azioni del medico. Negro, insomma, aveva scelto come interprete una paziente che riconosceva al tatto le vocazioni narrative del suo corpo – scomponibile e riassembleabile in forme cinematografiche – e che, più

di altri, dimostrava la sua propensione a “entrare nella parte”. Una volta compiuta la scelta, non gli restava che allestire un vero e proprio spettacolo in cui la stessa finzione potesse farsi documentaria, un *feuilleton* con la sua eroina (alla quale far riacquistare la giusta misura dei gesti), la sua avventura e la sua morale. Il fatto che la scena sia stata completamente costruita (il medico è il *metteur en scène*) non è in contraddizione con la sua importanza scientifica, perché il racconto è perfettamente coerente con la natura della malattia a cui è dedicato. Insomma, è una sequenza “di finzione” su una malattia “di finzione”, con un doppio significato scientifico e spettacolare, che permette di creare una metafora sulle regole di funzionamento del racconto cinematografico.

Corpi obliqui

Come si è visto, i film medicali degli esordi confondono più o meno liberamente i punti di vista della realtà con quelli della finzione e, individuati alcuni eventi (o pseudo-eventi), dispongono in forma narrativa gli scampoli migliori. Ma questi documenti permettono anche di riflettere sul ruolo dell'immagine nella medicina e rafforzano l'idea che la visione, qualsiasi visione, non sia solo questione di conoscenza ma anche di immaginazione e seduzione, di volti e corpi che si catturano a vicenda. È vero, ad esempio, che il medico deve essere informato su ciò che sta avvenendo sotto i suoi occhi per poter vedere, ma proprio da questo presupposto può trarre origine l'attitudine alla finzione, o all'inganno, dell'immagine scientifica. Qualche anno dopo la collaborazione con Negro, infatti, proprio Omegna metteva in guardia dal "grave inconveniente [...] dello scienziato che, conoscendo

profondamente ogni minimo particolare dell'oggetto da cinematografare, con il suo occhio mentale trae quasi in inganno il suo occhio fisico".²⁰

Il cinema degli esordi conferma, insomma, che nessun dispositivo è mai tanto fedele da cogliere la natura sul fatto e da produrre immagini che siano davvero autosufficienti. Consapevole di ciò, ha radicalizzato il "pensiero anatomico", ha lasciato scopertamente irrisolte le sue contraddizioni interne e ha ribadito l'impossibile sutura tra visibile e invisibile, tra concepibile e manifesto. Abitando una posizione di soglia tra universi parzialmente attigui, il cinema medico ha continuato ad aver bisogno di un linguaggio interpretativo che restituisse un senso a ciò che mostrava, ha dovuto semplificare il reale (o crearlo *ex novo*, come nel caso di Negro), stilizzare ed eliminare l'accessorio (Marey) o, addirittura, organizzare un'oculata regia (Doyen).

Le immagini medicali hanno sempre tentato di rappre-

sentare un mondo ridotto a una serie di informazioni e di parametri, e lo hanno sempre fatto attraverso la soppressione dello schermo epidermico. Ma il modello della trasparenza di un oggetto, di un progressivo sfogliamento dei tessuti, è anche propizio ad alimentare l'immaginazione. Sul nuovo schermo, questa volta quello cinematografico, rimasero quindi non solo le conoscenze di un'epoca, ma anche le sue fughe immaginifiche e la sua spettacolarità. Rimase cioè uno sguardo che rimbalza, perché il corpo è il luogo degli effetti collaterali di ogni visione e, oltre i bordi della carne, tra il soggetto e l'oggetto, si instaurano relazioni paradossali. Ogni corpo, che è senziente e sensibile, è contemporaneamente dritto e rovescio, "comanda il visibile ma non lo spiega, non lo illumina e non fa altro che concentrare il mistero della sua visibilità sparsa".²¹

L'arte e la scienza hanno le proprie convenzioni e le proprie cornici ma i due sistemi non sono incommensurabili

(anche se, a detrimento dell'arte, va detto che "il silenzio di Wagner lascia senza risposta le domande sul metabolismo e le modalità riproduttive del drago Fáfñir...").²² Ma un punto di contatto è possibile, se è vero che la scienza, pur avendo escluso tutti i predicati delle cose nati dal nostro incontro con esse, imparerà a poco a poco, come dice Merleau-Ponty, a reintrodurre "ciò che ha dapprima scartato come soggettivo",²³ integrandolo come caso particolare, come diverso "stile" per rappresentare lo stesso oggetto. Non sappiamo se ciò sarà davvero possibile, se i modelli di analisi potranno completarsi l'un l'altro o se, invece, si limiteranno a convivere senza trovare punti di tangenza: per il momento, ci accontentiamo di uno "stile" intermedio, che sia capace di dar ragione delle tensioni interne tra visibile e invisibile, tra centri e periferie, in attesa di una condivisione e di una reciprocità di sguardi.



Fig. 10 – *Visible Human Project*: addome femminile, veduta assiale

The Visible Human Project® (VHP®) fu intrapreso nel 1986 dalla U.S. National Library of Medicine, con lo scopo di creare (attraverso la TC, la RM e la criosezione dei tessuti) una rappresentazione completa e tridimensionale del corpo umano.

Il signor Palomar cerca d'immaginare il mondo prima degli occhi, prima di qualsiasi occhio.

Italo Calvino, *Palomar*

NOTE

- ¹ H. Meige, *Les Ecorchés*, "Aesculape", n. 16, 1926, pp. 1-7.
- ² Cfr. V. I. Stoichita, *L'effetto Pigmalione*, tr. it. il Saggiatore, Milano 2006.
- ³ R. Arnheim, *Arte e percezione visiva*, tr. it. Feltrinelli, Milano 1984, pp. 139-140 (*cors. nostro*).
- ⁴ E. Delacroix, cit. in A. Pingeot, *Le corps en morceaux*, RMN, Paris 1990, p. 61.
- ⁵ Uno dei casi più celebri è quello della cosiddetta *rete mirabilis* (il *théatron* è anche il luogo della meraviglia e, talvolta, del miracoloso!), un groviglio di capillari assente nel corpo umano di cui tuttavia sia Galeno sia Vesalio (che la descrive nel 1538, nella terza delle *Tabulae anatomicae sex*) assicuravano la presenza.
- ⁶ M. Praz, *Ritratti in cera*, in Id., *La casa della vita*, Adelphi, Milano 1995, p. 175.
- ⁷ Cfr. J. Worrall, *What Evidence in Evidence-Based Medicine?*, "Philosophy of Science", n. 69, 2002, pp. 316-330.
- ⁸ Cfr. G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma 2005; E. Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano 1982; C. Iandolo, *Parlare col malato. Tecnica, arte ed errori della comunicazione*, Ar-

mando, Roma 1983; B. Good, *Narrare le malattie: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Comunità, Torino 1999. Cfr. anche "L'Arco di Giano", n. 41, 2004 (*La comunicazione in medicina*).

⁹ D. Antiseri, *Le evidenze dell'EBM. Fatti o artefatti?*, in Id., *Le ragioni della razionalità*, 1, *Proposte teoretiche*, Rubbettino, Roma 2004, p. 883.

¹⁰ Cfr. H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 40: "Il profano e il patologo sono esposti allo stesso stimolo visivo, ma quando uno stimolo diventa conscio è già imbevuto di teoria". Si veda anche T. Maldonado, *Memoria e conoscenza. Sulle sorti del sapere nella prospettiva digitale*, Feltrinelli, Milano 2005, p. 37.

¹¹ P. Sorlin, *I figli di Nadar*, tr. it. Einaudi, Torino 2001, pp. 154-162. Cfr. anche B. Balázs, *Il film*, tr. it. Einaudi, Torino 1987, pp. 183-184; P. Sabon, *Les film chirurgicaux*, "La Revue du cinéma", n. 8, marzo 1930, p. 14. Sul cinema medicale, si veda il preziosissimo V. Tosi, *Il cinema prima del cinema*, Il Castoro, Milano 2007.

¹² E. J. Marey, *Physiologie médicale de la circulation*, cit. in F. Dagonnet, *E-J. Marey. La passion de la trace*, Hazan, Paris 1987, pp. 16 e 119.

¹³ A tal proposito, non sarà quindi azzardato affermare che il cinema degli esordi ricevette dai sostenitori che ne magnificavano le qualità una seconda possibilità di inventarsi una morale (quella che non otteneva dai baracconi delle fiere e dalle prime proiezioni) proprio nell'affiancarsi a una disciplina “nobile”. Cfr. E.-L. Doyen, *Le cinématographe et l'enseignement de la chirurgie*, “Le nouvelles scientifiques et photographiques”, 15 settembre 1899, pp. 97-98 ; B. Matuszewski, *La fotografia animata* (1898), cit. in G. Grazzini, *La memoria negli occhi*, Carocci, Roma 1999, p. 75.

¹⁴ Per una rassegna di questi scritti, rimando al mio *Anatomie fantastiche. Cinema, le arti visive e l'iconografia medica*, Clueb, Bologna 2010.

¹⁵ E.-L. Doyen, *Le cinématographe et l'enseignement de la chirurgie*, cit., p. 100.

¹⁶ X. Bichat, *Anatomie générale* (1801), cit. in M. Sicard, *La fabrique du regard*, Odile Jacob, Paris 1998, p. 91.

¹⁷ P. Sabon, *op. cit.*, p. 3.

¹⁸ “La Gazzetta del Popolo”, 18 febbraio 1908, cit. in M.A. Prolo, *Storia del cinema muto italiano*, Poligono, Milano 1951, p. 33.

¹⁹ A. Farassino, *Frammenti neuropatologici*, “Immagine”, V, marzo-giugno 1983, p. 1.

²⁰ R. Omegna, *Cinematografia scientifica*, “Bianco e Nero”, n. 11, novembre 1939, p. 59.

²¹ M. Merleau-Ponty, *Il visibile e l'invisibile*, tr. it. Bompiani, Milano 2007, p. 153.

²² A. Danto, *La trasfigurazione del banale. Una filosofia dell'arte*, tr. it. Laterza, Roma-Bari 2008, p. XXIII.

²³ M. Merleau-Ponty, *op. cit.*, p. 41.