

Former au texte médical pour le traduire : quelques réflexions

Christian Balliu*

Résumé : Un texte médical ne se limite pas à l'exposé de notions scientifiques à l'aide d'un vocabulaire spécialisé, dénoté, terminologiquement marqué. Les notions scientifiques y voisinent avec des considérations subjectives, fruit de l'intuition ou de la volonté de mettre en avant un travail ou une personnalité. L'apparence objective du texte médical cache en conséquence des enjeux plus personnels, d'autant plus cruciaux qu'ils sont latents. Il appartiendra au formateur de dévoiler ces enjeux au futur traducteur pour qu'il appréhende l'essence même du texte.

Mots-clés : médecine, style, biunivocité, enjeux, notoriété.

Formar en la comprensión de los textos médicos para traducirlos: algunas reflexiones

Resumen: Los textos médicos no se limitan a exponer conceptos científicos por medio de un vocabulario especializado, denotado y marcado desde el punto de vista terminológico. En ellos, dichos conceptos se codean con consideraciones subjetivas fruto de la intuición o de la voluntad de destacar un trabajo o una personalidad. Así pues, la apariencia de objetividad de los textos médicos oculta que están en juego cuestiones más personales, tanto más cruciales cuanto que son latentes. Es responsabilidad de los docentes desvelárselas a los futuros traductores para que estos capten la esencia del texto.

Palabras clave: medicina, estilo, biunivocidad, cuestiones en juego, notoriedad.

Training translation students to understand medical texts: some reflections

Abstract: Medical texts do not merely explain scientific concepts using a vocabulary that is specialized, signified and marked from a terminological point of view. Such concepts coexist with subjective considerations arising from intuition, the desire to highlight a piece of work, or a personality. Hence, the appearance of objectivity in medical texts masks underlying personal issues, all the more crucial because they are hidden. Teachers have a responsibility to unmask these issues for future translators so they may capture the essence of the text.

Key words: Medicine, style, biunivocity, underlying issues, notoriety.

Panace@ 2013; 14 (38): 275-279

Recibido: 2.X.2013. Aceptado: 21.X.2013

1. Introduction

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que la littérature traductologique commence à s'intéresser à la traduction spécialisée, et notamment à la traduction médicale. Jusqu'à l'époque, ce sont essentiellement les œuvres littéraires *lato sensu* (j'y inclus les textes religieux et philosophiques) qui retiennent l'attention des chercheurs. Les raisons en sont nombreuses, mais le fait que la traductologie ait été à ses débuts l'apanage des littéraires et des philologues y est certainement pour beaucoup. Les littéraires et les philologues s'intéressent à ce que j'appellerais « l'écriture », considérant que les textes de spécialité n'ont pas de statut littéraire et qu'ils se résument à une terminologie particulière renvoyant à des concepts objectivés.

Il y a là un grand malentendu. Les textes scientifiques – ou médicaux pour ce qui nous occupe dans le cadre de cette réflexion – représenteraient en quelque sorte un degré zéro de l'écriture, dans la mesure où la création artistique, littéraire, doit obligatoirement en être absente, ceux-ci se bornant à l'énumération de vérités scientifiques

communément admises et à des hypothèses dûment vérifiées par l'expérience. En un mot, rien n'est laissé au hasard, certainement pas l'écriture.

Il n'y aurait donc pas de style médical, uniquement une relation ordonnée et rigoureusement objective de données qui éludent le « moi » du chercheur ou du médecin. Claude Bernard, le père de la médecine expérimentale, disait cependant à juste titre à son disciple Paul Bert lorsqu'il entra dans le laboratoire : « Laissez votre imagination avec votre paletot au vestiaire, mais reprenez-la en sortant ». Pasteur avait lui aussi repris une citation de Francis Bacon : « Un peu de science éloigne de Dieu, beaucoup y ramène ». C'est-à-dire que le scientifique ne peut tout expliquer et que la clinique (l'homme) conserve à la fois sa part de secret et de préemption sur le fonctionnement organique.

2. Le style médical

Si l'on parle communément de littérature médicale, on parle beaucoup plus rarement de style médical. Les linguistes

* Professeur, ISTI - Haute Ecole de Bruxelles (Belgique) ; ISIT - Paris (France). Adresse pour correspondance : cballiu@heb.be.

et les terminologues - ce sont souvent les mêmes – évoquent les langues spécialisées, la langue médicale, au mieux le langage médical. Lerat (1995 : 21) écrit avec raison : « une langue spécialisée ne se réduit pas à une terminologie : elle utilise des dénominations spécialisées (les termes), y compris des symboles non-linguistiques, dans des énoncés mobilisant les ressources ordinaires d'une langue donnée ».

On ne peut qu'être d'accord avec cette affirmation. Plus loin, Lerat (1995 : 21-22) commente :

1/ La langue spécialisée est d'abord une langue en situation d'emploi professionnel...

2/ La technicité dans la formulation est variable selon les besoins de la communication...

3/ Les connaissances spécialisées sont dénommées linguistiquement par des termes, qui sont principalement des mots et groupes de mots... sujets à des définitions conventionnelles...

Dans l'argumentation générale comme dans les trois commentaires, on remarquera que l'accent est mis sur la spécialisation, dont l'image linguistique est rendue par le recours aux termes qui garantissent la technicité de la formulation. Cependant, des mots en apparence anodins dans le jugement de Lerat auraient gagné à être développés davantage. Ainsi, le syntagme « ressources ordinaires » indique en filigrane que le texte spécialisé (de médecine en l'occurrence) fait aussi appel aux mots pour compléter (parfois pour éclairer) les termes. C'est ainsi que j'ai déjà pu écrire que ce sont les mots qui viennent au secours des termes dans les textes spécialisés. En outre, Lerat reconnaît que « la technicité dans la formulation est variable », mais elle ne l'est pas seulement « selon les besoins de la communication », aussi selon le domaine abordé.

Ainsi, la séméiologie, qui est l'étude scientifique des symptômes, se rattache par définition à la clinique, c'est-à-dire au patient dans son ressenti, sa souffrance, sa description nosologique. Si le patient décrit ses symptômes en utilisant des mots de tous les jours (il n'a généralement aucune formation médicale), le médecin lui aussi, même dans un traité spécialisé, utilisera quantité de mots, très connotés, pour décrire la pathologie dont souffre le patient et permettre de la sorte le diagnostic. L'acte de parole (d'écriture dans le cas du traité) est ici essentiel car on sait que l'anamnèse conduit dans la très grande majorité de cas au diagnostic. D'où la nécessité d'une extrême précision dans la description que les mots peuvent rendre aussi bien, sinon mieux, que les termes. En voici un exemple, tiré des *Diagnostics urgents* de Henri Mondor (1949 : 117), immense médecin du 20^e siècle et spécialiste de la chirurgie abdominale, consacré à la symptomatologie de l'appendicite aiguë de l'enfant :

Pratiquement, ce sont les vomissements qui ouvrent la scène. La douleur semble peu vive ; pendant le court temps de la maladie, elle restera un signe effacé.

Le malade est livide, un peu cyanosé, ou marbré. Le nez est pincé, les yeux agrandis, brillants ou éteints ; les ongles et les mains sont bleutés ou cireux.

Peu de fièvre : 37°, 37°4, 38°. Mais un pouls fuyant à 140-160.

L'enfant est abattu, plus prostré qu'un typhique. L'examen du ventre est presque négatif : ni ballonnement, ni contracture, ni douleur vive ; à peine une sensibilité au point de Mac Burney, moins que dans beaucoup d'appendicites chroniques.

Il y a presque anurie. Les vomissements sont le symptôme fonctionnel dominant : quelquefois diarrhée noire et fétide.

Le pronostic est terrible.

Il s'agit ici d'un traité à l'usage de spécialistes, médecins ou chirurgiens, de l'abdomen, consacré, comme le titre de l'ouvrage l'indique, aux diagnostics urgents. La précision dénominative et descriptive est primordiale pour orienter un diagnostic immédiat qui doit conduire à une intervention chirurgicale sans délai, au risque d'engager le pronostic vital du patient. Ce n'est pas le patient qui décrit les symptômes, c'est le regard extérieur et objectif du spécialiste qui rapporte avec minutie les signes cliniques.

Dans ce court extrait voisinent tant des termes spécialisés (l'adjectif n'est-il pas redondant ?) que des mots, notamment des adjectifs, tout à fait communs. A côté du « point de Mac Burney » (siège électif de la douleur appendiculaire), on trouve « effacé », « livide », « marbré », « pincé », « brillants », « bleutés », « cireux », « fuyant », « abattu », « prostré », « fétide » ; autant d'adjectifs dont le lien avec le monde médical semble inexistant à première vue.

Il y a donc bien une littérature médicale, pas seulement dans le sens d'une somme de traités et de dictionnaires, mais dans le sens d'une écriture qui confine au littéraire. Nombre de médecins célèbres ont par ailleurs été de remarquables écrivains ; il suffit de penser à Rabelais, à Céline, à Boulgakov ou à Schiller. Plus près de nous, Jean Hamburger, qui a reçu plusieurs prix littéraires. Je pourrais en citer beaucoup d'autres.

Les adjectifs précités sont en réalité des termes dans la mesure où ils ont un pouvoir de désignation extrêmement puissant, même s'ils se départissent d'une formation savante et donc d'un caractère cryptique. Cette problématique n'est malheureusement que peu prise en compte par la terminologie qui, si elle étend son champ d'action à la phraséologie, et donc au discours, demeure néanmoins très dépendante d'une volonté de normalisation lexicologique.

3. L'imprécision et la subjectivité du texte médical

A la lumière de ce qui précède, on se rend compte que la terminologie s'est concentrée, de manière elliptique, sur la terminologie savante, par le système hyperonymie-hyponymie par exemple, et a mésestimé une terminologie non savante où un mot anodin, connu même d'un enfant, acquiert une signification particulière dans un domaine donné. Ce point me semble crucial car il ouvre la porte à un phénomène particulier : la remise en question de la biunivocité du sens (ou de la monoréférentialité si on préfère) dans les textes spécialisés, dont les textes médicaux.

Voici ce qu'on peut lire dans un texte intitulé *Terminologie : ce qu'il faut retenir*, édité sur le web par l'Université de Turin en 2008, à l'entrée *terme* :

Terme: mot technique. Dénomination spécifique qui désigne une notion qu'il est possible de définir sans équivoque. Un terme est monoréférentiel et défini dans un domaine de connaissances. Il peut être constitué de plusieurs éléments (mots composés). C'est dans 90% des cas un nom.

La définition est classique. On remarquera l'appel à la biunivocité, la restriction à un domaine de connaissances et la presque omniprésence du nom comme volet linguistique du concept. Le passage cité d'après Henri Mondor est donc un contre-exemple parfait ; on y voit la toute-puissance de l'adjectif, des mots de la langue courante et n'appartenant donc pas à un domaine de spécialité particulier, enfin une monoréférentialité peu évidente.

Cela montre que le texte médical – donc sa traduction – ne peuvent en aucune manière être ramenés à une recherche documentaire et terminologique. Si celle-ci est importante, elle risque d'occulter pour le traducteur le véritable enjeu du texte. Ce que je veux dire, c'est que l'objectivité affichée de l'écriture, d'ailleurs renforcée par une terminologie cryptique accessible aux seuls initiés, l'absence apparente d'implication personnelle dans le texte (forme impersonnelle, pas de sujet à la première personne) recèlent une subjectivité bien réelle, sans laquelle d'ailleurs la science ne saurait avancer. J'ai coutume de dire qu'en médecine on ne trouve que ce qu'on cherche ; cela veut dire que la puissance diagnostique des dosages, des techniques d'exploration de plus en plus sophistiquées (scanner, IRM, doppler...) n'est que peu utile si l'intuition du praticien le conduit sur une mauvaise piste.

Pour ce qui est des termes proprement dits, souvent construits sur une base latine, grecque ou hybride, leur formation savante ne garantit en aucune manière leur précision scientifique. Par exemple, l'anémie désigne un déficit en globules rouges (érythrocytes) et non pas une absence de sang. Le mot exact serait *érythrocytopenie*, non utilisé dans la relation avec le grand public mais tout aussi peu usité par les praticiens entre eux. En gynécologie, une néoplasie cervicale ne sera pas un cancer du cou, mais un cancer du col de l'utérus ; il faudrait dire cancer utéro-cervical, rarement employé vraisemblablement pour des raisons d'économie linguistique.

De même, la biunivocité est mise à mal, dans les abréviations ou les acronymes par exemple. Une IVG peut être une interruption volontaire de grossesse, mais aussi une insuffisance ventriculaire gauche, en fonction du domaine de spécialité. Tout le problème est là : la vision strictement scientifique de l'activité médicale est un miroir aux alouettes, qui va jusqu'à compartimenter l'étude des linguistes et terminologues en tiroirs conceptuels étanches.

4. Le sujet pensant

La médecine est une science humaine ; elle traite l'homme qui est une entité psycho-physiologique et elle traite de

l'homme, dans son discours, qu'il soit scientifique (entre confrères) ou lié à la relation médecin-patient. On ne décrit pas en médecine des faits comme on les décrit en chimie, en mathématiques ou en physique. On ne décrit pas un objet, on décrit (et on soigne) un sujet dans son rapport à la morbidité et à la mort. Le discours médical n'est donc pas une affaire de langue, il fait le détour heureux par le langage, souvent pour épargner le patient. Il est donc elliptique, métaphorique, mensonger parfois.

Ce que je viens d'indiquer est une victoire de la seconde moitié du 20^e siècle où la dimension psychologique est enfin prise en compte dans les cursus de médecine, même si cela reste nettement insuffisant. Il y a eu une prise de conscience de l'entité nosologique du patient et de son envergure psychosomatique, à travers deux émergences.

La première émergence est l'acquis de la psychanalyse qui restaure le sujet pensant, l'importance du moi dans l'étiologie morbide et dans la guérison ou, du moins, la rémission. Le patient, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, a enfin voix au chapitre, il participe même à son traitement, non pas simplement par une compliance médicamenteuse, mais aussi et surtout par l'acte de parole. Il devient acteur de sa maladie et de son traitement. Il suffit de penser à Lacan et à la force du signifiant. D'où aussi parfois une culpabilisation du patient qui, s'il a le pouvoir d'être l'acteur du traitement, peut aussi être celui de sa pathologie. La médecine anglo-saxonne culpabilisera le fumeur de son cancer du poumon ou l'alcoolique de sa cirrhose hépatique. Le revers de la médaille.

La seconde émergence est celle de l'immunologie dès la fin des années 1960. Très discrète jusque là dans les études de médecine, elle en vient à occuper subitement le devant de la scène grâce à la première greffe cardiaque humaine en 1967, réalisée par le Sud-africain Christian Barnard. La prise de conscience du phénomène de rejet induit l'opposition soi/non-soi développée par le prix Nobel Frank Burnet. Jean Hamburger, l'immense phrénologue du siècle dernier que j'ai déjà cité, avait déjà eu cette prescience du rejet lors des transplantations rénales qu'il effectua dans les années 1950 à l'Hôpital Necker.

Le complexe majeur d'histocompatibilité (CMH 1 et CMH 2) individualise le patient parmi la somme des patients atteints d'une même pathologie et disjoint la maladie du malade : il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. D'où la question de savoir si le cerveau obéit, comme les autres organes, aux lois de la biologie. Il y a en conséquence à mon sens une intrication profonde entre activité cérébrale (domaine de la neurologie) et système immunitaire, les deux œuvrant aux mécanismes de défense du malade contre les agents infectieux.

Voici ce qu'affirmait à ce sujet Niels Kaj Jerne, immunologue danois qui avait développé une grammaire générative du système immunitaire, lors d'un discours prononcé en 1974 à l'Institut Pasteur (Hamburger, 1976 : 86) :

Rien ne ressemble davantage au réseau des cellules immuno-compétentes, chargées de défendre

notre corps, que le réseau de notre système nerveux, chargé d'un autre type de relations extérieures et intérieures. L'un et l'autre de ces réseaux sont outillés pour répondre à une infinie variété de signaux. L'un et l'autre peuvent engendrer, tour à tour, stimulations ou interdits. Le nombre de cellules nerveuses est, comme celui des cellules immunologiques, extraordinairement grand. Pour l'un comme pour l'autre des deux systèmes, il y a pouvoir de reconnaissance, de réaction et d'adaptation au monde extérieur. Pour l'un comme pour l'autre, ce qui est enregistré est mis en mémoire et ce qui s'imprime dans cette mémoire au début de la vie laisse ensuite les traces les plus profondes.

La réalité organique devient de la sorte indissociable d'un substrat psychologique, « animal » au sens étymologique du terme. Françoise Dolto ne disait pas autre chose : « la maladie est un rapport erroné au monde ».

5. La quête de notoriété

Ce que j'ai cherché à montrer jusqu'ici, c'est que le discours médical ne se réduit pas à une caractérisation proprement terminologique. Les entités terminologiques se bornent à définir – tant bien que mal – des réalités organiques. Dès que l'on aborde la nosologie, la terminologie devient imprécise, voire impropre, un comble. On entre alors dans le domaine des mots, avec leur richesse et leur infinie variation. C'est une erreur de linguiste de croire que le terme est plus précis et plus définitoire que le mot. Au contraire, le terme est restrictif, fragmentaire ; il l'est davantage dès lors que l'on aborde la séméiologie, qui reste la porte d'entrée principale du diagnostic.

Enfin, la terminologie peut être mensongère. Je ne parle pas ici des erreurs de dénomination, des failles de formulation ou des imprécisions dans la description. Je parle d'imposture. Pour en donner un exemple, je rappellerai la joute juridique qui opposa dans les années 1980 ces deux grands chercheurs que sont Robert Gallo et Luc Montagnier. Tous deux se sont disputé la paternité de la découverte du VIH, jusque dans la terminologie adoptée. VIH s'est imposé en 1985 pour en finir avec la double appellation HTLV-III (Gallo) et LAV (Montagnier) qui coexistait depuis 1983. Mais le problème de paternité va rebondir, 23 ans plus tard. Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi obtiennent en 2008 le prix Nobel de médecine pour cette découverte majeure qu'est le virus de l'immunodéficience acquise. Robert Gallo a été « mystérieusement » oublié, ainsi que cet immense chercheur qu'est Jean-Claude Chermann. Voici ce qu'écrit le journal *Le Monde* du 7 octobre 2008 sous le titre *Juste Nobel* :

Deux chercheurs français et un chercheur allemand ont donc été récompensés, le 6 octobre, par le prix Nobel de médecine : Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier, pour avoir isolé le virus du sida dès 1983, Harald zur Hausen pour ses travaux pionniers sur le rôle des papillomavirus dans le cancer de l'utérus. Il faut saluer ce choix de l'institution suédoise, qui exprime une triple reconnaissance.

Pour l'Institut Pasteur, tout d'abord. Le jury du Nobel n'a pas craint, en effet, de prendre position dans ce qui restera comme l'une des plus grandes controverses sur la paternité d'une découverte scientifique du XXe siècle. En récompensant les deux chercheurs français, il a confirmé ce que les publications et les enquêtes avaient amplement démontré : l'équipe de Pasteur a bien été la première à isoler le virus du sida, n'en déplaise au professeur américain Robert Gallo, qui leur contesta pendant des années cette antériorité à grand renfort de polémiques et de tractations scientifico-diplomatiques. Voilà donc soldée cette controverse peu glorieuse et réparé ce qui aurait pu rester une déplorable injustice.

Pour Françoise Barré-Sinoussi ensuite. Elle est la troisième Française primée par le Nobel, après Marie Curie et Irène Joliot-Curie, et la première en médecine. Contrairement à une habitude trop répandue, la distinction ne revient pas au seul directeur de l'équipe de chercheurs, mais à celui - celle en l'occurrence - qui a su, la première, observer la présence d'un nouveau virus. Pour cette femme discrète, « militante » de la recherche sur une pandémie qui a fait quelque vingt-cinq millions de victimes en un quart de siècle, remarquablement active dans son laboratoire comme sur le terrain en Afrique ou en Asie, et reconnue dans le monde entier, c'est un retour des choses aussi légitime qu'équitable...

Le titre de l'article, *Juste Nobel*, laisse pantois. Si l'on ne connaît sans doute jamais le dernier mot de l'histoire - et la suspicion qui entoure cette affaire dessert à coup sûr la crédibilité de la médecine -, il est établi que Jean-Claude Chermann est l'artisan principal de la découverte. L'article *Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*, publié dans *Science* en 1983 et qui a marqué l'histoire de la découverte du virus, est co-signé par nombre de chercheurs dont Chermann, dont le nom vient en deuxième position, alors que celui de Montagnier n'apparaît qu'en douzième et dernière position. Au départ, Chermann devait être le premier signataire, mais il a cédé la première place dans l'ordre des signatures à son assistante et élève Françoise Barré-Sinoussi, pour lui donner plus de visibilité et l'aider ainsi dans sa carrière. Voltaire a raison : un bienfait ne reste jamais impuni.

Le mot a été cité : visibilité. L'éponymie médicale, que l'on rangera volontiers dans le tiroir terminologique, fourmille de mensonges grossiers à des fins de prestige et de notoriété. C'est souvent son propre *ego* que le médecin cherche à flatter. A travers lui, son service, son laboratoire, son centre de recherche, peuvent bénéficier de crédits essentiels à leur survie ou à leur développement.

Dans son excellent livre *Traducción y lenguaje en medicina*, Fernando Navarro (1997 : 10) donne un bel exemple de ce que j'appellerais le détournement éponymique en matière de médecine. Le goitre exophtalmique hyperthyroïdien se dénomme *Graves' disease* dans les pays anglo-saxons, en

l'honneur de l'interniste irlandais Robert James Graves, alors qu'en Allemagne cette même maladie s'appelle *Basedow Krankheit*, d'après le médecin allemand Karl Adolf von Basedow. Mais ce n'est pas tout. En Italie, la même maladie est dénommée *malattia di Flajani*, en hommage au médecin italien Giuseppe Flajani. En France, pays resté en marge de cette dispute d'appartenance, l'affection porte généralement le nom de *maladie de Basedow-Graves*, comme pour faire plaisir aux univers anglo-saxon et germanique.

Parfois, il peut s'agir de faire plaisir à un confrère, du moins en apparence. C'est ainsi que Kraepelin identifie dans son *Traité de psychiatrie* de 1912 la « maladie d'Alzheimer », rendant célèbre le psychiatre et neurologue allemand qui décrit pour la première fois la maladie en 1907 en observant un malade de 51 ans. Mais ce faisant, Kraepelin assurait surtout la notoriété de sa propre école de neuropathologie, celle de Munich (où travaillait Alzheimer), aux dépens de celle de Prague, dirigée par son concurrent Pick et dont l'élève Fischer avait aussi décrit des dégénérescences neurofibrillaires.

6. Conclusion

Je viens de donner quelques éléments qu'il me semble indispensable de connaître avant de traduire un texte médical. Il y en a beaucoup d'autres qui mériteraient aussi d'être développés, mais le cadre restreint de cette étude ne m'y autorise pas. Ce que je veux signifier, c'est qu'en

deçà et au delà du texte, il y a l'histoire d'une discipline, une culture médicale et des médecins de chair et de sang qui n'obéissent pas aux seules lois de la science, mais aussi aux réalités économiques et socio-culturelles de leur époque. Des médecins qui commettent également des erreurs et des imprécisions, y compris dans la formulation d'un protocole, d'un diagnostic ou d'un traitement. Ce sont des enjeux enfouis, mais néanmoins bien réels, dont le traducteur doit prendre conscience avant de s'attaquer au texte de médecine.

Bibliographie

- Facoltà di Lingue e Letterature Straniere. Università degli Studi di Torino (2008) : « Terminologie: ce qu'il faut retenir ». <http://www.francaisunivers.unito.it/documents/terminologie_2008_09.pdf> [consultation : 9.IX.2013].
- Hamburger, Jean (1976) : *L'homme et les hommes*. Paris : Flammarion.
- Le Monde*, « Juste Nobel » (7 octobre 2008). <http://www.lemonde.fr/idees/article/2008/10/07/juste-nobel_1103965_3232.html> [consultation : 9.IX.2013].
- Lerat, Pierre (1995) : *Les langues spécialisées*. Paris : P.U.F.
- Mondor, Henri (1949) : *Diagnostics urgents – abdomen* (7^e éd.). Paris : Masson.
- Navarro, Fernando A. (1997) : *Traducción y lenguaje en medicina*. Barcelona : Fundación Dr. Antonio Esteve.

Archives Italiennes de Biologie

Fernando A. Navarro*

¿Sabía usted que la revista decana de la prensa científica italiana luce todavía hoy, en pleno siglo XXI, nombre francés?

Su fundador, el médico y fisiólogo italiano Angelo Mosso (1846-1910), completó de joven su formación científica con sendas estancias de investigación en Leipzig y París, donde trabajó con colegas de la talla de Ludwig, Von Brücke, Du Bois-Reymond, Claude Bernard y Marey. Y donde le llamó la atención, sobre todo, que en el extranjero eran prácticamente desconocidos los trabajos de investigación que se hacían en su patria. De regreso a Italia, pues, y tras ser nombrado catedrático de fisiología y director del Instituto de Fisiología de Turín, decidió fundar en 1882 la primera revista científica moderna del país: los *Archives Italiennes de Biologie*, de clara vocación internacional y el francés como idioma exclusivo de publicación. Hojeando hoy sus primeros tomos, encontramos importantes aportaciones de los grandes científicos italianos de la época, como los artículos donde Giulio Bizzozzero describe por primera vez las plaquetas y su importancia para la coagulación de la sangre, o los de Camillo Golgi con su novedosa técnica de impregnación cromóargéntica para las tinciones histológicas.

Con los nuevos aires que trajo consigo la segunda posguerra mundial, Giuseppe Moruzzi, director de la revista entre 1957 y 1980, introdujo el inglés como idioma de publicación, primero junto al francés, más tarde ya de forma exclusiva. Ello supuso, claro, la definitiva internacionalización de la revista —para entonces ya centrada en las neurociencias—, que acogió en sus páginas a los mejores neurocientíficos de Europa y América: Denise Albe-Fessard, Frédéric Bremer, John M. Brookhart, Michelangelo Fuortes, Ragnar Granit, Herbert H. Jasper, Michel Jouvét, Rita Levi Montalcini, Dominick P. Purpura y James M. Sprague, entre otros muchos.

Parecía lógico esperar entonces un cambio de cabecera, como el experimentado por tantas otras grandes publicaciones francófonas. ¡Si incluso el mismísimo buque insignia de la gran ciencia francesa, los *Annales de l'Institut Pasteur* (fund. 1887) pasaron a llamarse *Research in Microbiology* en 1989! Los turineses, en cambio, optaron por mantenerse fieles a sus raíces históricas y conservan aún, 131 años después, el título *Archives Italiennes de Biologie* (www.architalbiol.org) para una publicación que, pese a publicarse hoy íntegramente en inglés, nos recuerda a todos que hubo una época en la que el francés fue «la» lengua de la ciencia y la medicina en los países latinos.

* Traductor médico, Cabrerizos (Salamanca, España). Dirección para correspondencia: fernando.a.navarro@telefonica.net.