

LECONS INAUGURALES ET DISCOURS

Par seize Professeurs de Médecine de Nancy
[1887-1977]

BERNARD LEGRAS

Préface du Professeur Alain Gérard



De gauche à droite et de haut en bas,
les Professeurs dans l'ordre chronologique des textes :

Spillmann	Ancel	Bouin	Schmitt
Bernheim	Collin	Michel	Dufour
De Lavergne	Watrin	Parisot	Bodart
Gosserez	Lochard	Sadoul	Ribon

*À tous les Maîtres de cette Faculté
de Médecine
qui ont contribué à son rayonnement*

Couverture : Le Professeur Paul Spillman (collection particulière)

PLAN

Préface.....	7
Introduction.....	9
LECONS INAUGURALES.....	14
Paul Spillmann	15
Paul Ancel	26
Pol Bouin.....	43
Joseph Schmitt.....	54
Remy Collin	71
Gaston Michel	91
Marcel Dufour	120
Paulin de Lavergne.....	140
Jules Watrin.....	147
Maurice Gosserez.....	169
Jean Lochard.....	194
Paul Sadoul.....	220
Marcel Ribon.....	238

AUTRES TEXTES	258
Hippolyte Bernheim	259
Jacques Parisot	269
André Bodart	277
ELEMENTS BIOGRAPHIQUES.....	292
Paul Ancel (1873-1961)	293
Hippolyte Bernheim (1840-1919)	298
André Bodart (1898-1989)	301
Pol Bouin (1870-1962).....	305
Remy Collin (1880-1957)	309
Paulin De Lavergne (1880-1957).....	312
Marcel Dufour (1868-1946).....	319
Maurice Gosserez (1912-1985).....	320
Jean Lochard (1918-2008).....	324
Gaston Michel (1874-1937)	327
Jacques Parisot (1882-1967)	330
Marcel Ribon (1921-2006).....	336
Paul Sadoul (1918-2011)	340

Joseph Schmitt (1855-1912).....	344
Paul Spillmann (1844-1914)	346
Jules Watrin (1887-1955).....	349
ANNEXES.....	351
Autres leçons et articles généraux	352
Ouvrages de l'auteur	355

Préface

Professeur Alain Gérard
Président de l'Association des Chefs de Service
du CHU de Nancy

Le Professeur Bernard Legras a écrit plusieurs ouvrages sur les hôpitaux de Nancy et les Professeurs de médecine de Nancy. Celui-ci, « *Seize leçons inaugurales et discours (1887-1977)* », concerne seize Professeurs de médecine de Nancy et se compose de trois parties. La première concerne treize leçons inaugurales de 1887 à 1977, du Professeur Paul Spillmann au Professeur Marcel Ribon. La deuxième partie concerne trois discours prononcés à diverses occasions et l'ouvrage se termine par des éléments biographiques sur les seize Professeurs. L'auteur de cet ouvrage les a sélectionnés selon ses goûts, tous ont été de grands maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy avec, pour certains un rayonnement international.

La lecture de ces textes ne peut laisser indifférent en particulier quand on a fait ses études à la Faculté de Médecine de Nancy et l'autre partie de sa formation dans les hôpitaux nancéiens.

Avoir entendu parler de ces Professeurs (pour les plus anciens d'entre eux), les avoir côtoyés, rencontrés, avoir bénéficié de leur enseignement pour les autres, nous apporte émotion et fierté. Les leçons inaugurales, véritables leçons d'histoire et de philosophie, soulèvent bien des réflexions et il faut regretter que cette coutume ait disparu. Ces textes devraient être lus également par les plus jeunes, étudiants en médecine et internes, tant ils sont riches d'informations et suscitent mainte méditation sur notre métier.

L'Association des Chefs de Service du CHU de Nancy tient certes à féliciter le Professeur Bernard Legras pour ce nouvel ouvrage sur la médecine à Nancy, mais surtout à le remercier de permettre à ses lecteurs d'y retrouver tant de souvenirs et d'émotion. Cette association, dont un des objets statutaires est *d'imprimer et diffuser*

les publications, éditions, revues ou livres, dont ses membres sont les auteurs est fière de lui apporter à nouveau son soutien.

Nous terminerons en invitant le lecteur à méditer cette phrase du Professeur Gaston Michel dans sa leçon inaugurale :
« Le médecin, le chirurgien, doivent toujours laisser derrière eux l'apaisement et l'espoir ».

Introduction

« *Sachez aimer et respecter l'homme dans le malade et vous respecterez, vous aimerez votre science* ». *Paul Spillmann*

Le but de cet ouvrage est de sauver d'un possible oubli des textes anciens de grande qualité publiés pour la plupart dans *La Revue médicale de Nancy*. Il s'agit de discours prononcés par d'éminents professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy entre 1887 pour le premier (Spillmann) et 1977 pour le dernier (Ribon). L'auteur a sélectionné selon ses préférences treize leçons inaugurales complétées par trois discours dont deux prononcés en fin de carrière, à l'occasion d'un jubilé (Bernheim) ou d'un hommage solennel (Parisot). *La revue médicale de Nancy* a publié onze autres leçons inaugurales dont la liste figure en annexe. L'auteur n'a pas souhaité proposer plus d'un discours par auteur. Cela l'a conduit à limiter comme par exemple dans le cas du professeur Bodard qui a présenté plusieurs exposés de profonde réflexion philosophique à *l'Académie de Stanislas*.

Parmi ces seize professeurs (quatre chirurgiens, cinq médecins, six biologistes, un obstétricien), plusieurs ont connu des carrières exceptionnelles et sont de véritables gloires pour la Faculté : Hippolyte Bernheim, Pol Bouin, Paulin de Lavergne, Jacques Parisot.

Ce travail de mémoire complète différentes réalisations dont la finalité est voisine : les livres sur les professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy décédés depuis 1782, l'album de photos des médecins de cette Faculté entre 1885 et 2005, le document relatif aux activités hospitalo-universitaires à Nancy de 1975 à 2005, l'ouvrage sur l'histoire des hôpitaux de Nancy, sans oublier le site Internet relatif à la médecine hospitalo-universitaire de Nancy de 1872 à 2010.

Les seize textes ont été complétés par des éléments biographiques portant sur ces auteurs, souvent l'éloge funèbre (parfois réduit par

l'auteur). Les textes sont présentés dans l'ordre chronologique, les biographies dans l'ordre alphabétique. Afin de bien distinguer les Nancéiens, professeurs ou non, nous avons mis leur nom en majuscule, à la première apparition dans le texte.

Ces textes de référence présentent le grand intérêt de nous apporter une vision évolutive de la médecine, au cours d'une période de près d'un siècle, mais déjà assez éloignée de l'époque actuelle, trente ans pour le plus récent. Les professeurs y affirment l'importance de nouvelles disciplines, soit fondamentales : histologie (Bouin, Collin), bactériologie (de Lavergne), anatomie pathologique (Watrin), soit cliniques : chirurgie réparatrice (Gosserez), physio-pathologie respiratoire (Sadoul), soit enfin de santé publique : médecine sociale (Parisot). On peut noter que certains développent des positions en avance sur leur temps et comment ne pas penser, par exemple, à Jean Lochard dont la leçon est d'un modernisme remarquable pour l'époque.

Ces documents dévoilent aussi des éléments fort personnels : la haute idée de leur métier que se faisaient ces Maîtres et le grand respect qu'ils manifestaient pour leurs devanciers ; leurs parcours avant d'atteindre ce but prestigieux à leur époque : être professeur titulaire d'une chaire ; leurs positions et propositions relatives à l'enseignement (et notamment celle de Dufour dont le texte est consacré presque uniquement à ce problème).

On rencontre également dans ces écrits, des notions historiques : par exemple, la chirurgie en Lorraine avant la création de la Faculté en 1872 (Michel) ou la naissance de l'Ecole anatomique de Nancy (Collin) ou enfin une histoire de la gynécologie (Ribon).

En guise de conclusion, pour mettre en exergue la qualité d'écriture et de pensée de ces auteurs et pousser le lecteur à parcourir ces textes dans leur totalité, nous proposons un petit *florilège de phrases* extraites de leurs discours.

Citations choisies

Ancel - 1908 : C'est une des grandes faiblesses de l'homme de vouloir tout juger sans rien connaître. Son esprit est ainsi fait qu'il sent l'impérieux besoin d'avoir un avis sur toute chose et ce n'est malheureusement pas seulement dans les salons qu'on entend solutionner les plus graves problèmes par des hommes qui possèdent à peine les notions suffisantes pour leur permettre de formuler une timide hypothèse.

Bernheim - 1911 : Saluons l'ère scientifique contemporaine, comme l'aurore d'une thérapeutique nouvelle ! Que les sceptiques ne découragent pas les croyants ! Tant de miracles scientifiques s'accomplissent de nos jours !

Bodart - 1959 : On ne peut que rester confondu devant l'inimaginable crédulité de l'homme d'aujourd'hui, quels que soient d'ailleurs son rang social et son niveau de culture.

Bouin - 1908 : Il ne suffit pas de démonter pièce à pièce et jusque dans ses plus infimes rouages la machine vivante ; il faut également en pénétrer le mystérieux mécanisme et chercher à saisir au sein des cellules les manifestations vitales élémentaires.

Collin - 1920 : En restant sur le plan physique pour faire de l'histologie, pour cultiver les sciences biologiques et pour pratiquer la médecine, nous sommes sûrs, par surcroît, d'être utiles à nos semblables et de nous acheminer ainsi vers le but supérieur et le couronnement de la science : connaître pour aimer.

De Lavergne - 1931 : Et c'est alors que, venu que venu de loin, sans attache aucune avec la Lorraine, étranger autant qu'on peut l'être, je suis arrivé parmi vous... Certes, ce n'est point sans quelque émoi que je fis mes premiers pas dans cette Faculté lorraine que le renom de ses maîtres a, de tous temps, auréolée de prestige.

Dufour - 1924 : A part quelques très rares exceptions, nos étudiants

ne s'intéressent qu'à ce qu'ils voient et ne retiennent que ce qu'ils ont vu. Les raisonnements abstraits n'ont pas de prise sur eux quand ils ne sont pas soutenus par des expériences.

Gosserez - 1962 : Ce recours de plus en plus fréquent à la chirurgie esthétique nous prouve qu'il y a actuellement, dans le monde travaillé par une crise de civilisation, et où la spiritualité a souvent cédé devant le matérialisme, un défaut d'adaptation, une incertitude du lendemain, que chaque individu éprouve plus ou moins douloureusement, mais auxquelles personne n'échappe complètement.

Lochard - 1962 : Cette pénétration des sciences et des investigations objectives dans la Médecine [...] tient à son actif tous les grands progrès qui se sont manifestés, ou tout au moins elle en a aidé et permis l'avènement et, dans l'avenir comme par le passé, c'est essentiellement par elle qu'il faut entrevoir l'essentiel des progrès futurs.

Michel - 1922 : Par votre vie, par vos actes, montrez que vous avez au fond du cœur, autre chose que la soif de l'or, ou le désir de faire du bruit autour de votre nom.

Parisot - 1957 : Ainsi, à côté de la médecine dite « de soins » la médecine préventive et sociale constitue une étape logique dans l'évolution de la Science médicale. La Médecine sociale [...] a pour programme fondamental la protection et le développement de la personnalité humaine considérée à la fois comme valeur économique et comme valeur spirituelle.

Ribon - 1977 : Rester dans le réel et le possible, c'est suivre le conseil donné il y a deux mille ans par Hérophile, le célèbre anatomiste d'Alexandrie : Par-dessus tout, le médecin devra connaître les limites de son pouvoir ; car celui-là seul qui sait distinguer le possible de l'impossible est un médecin parfait.

Sadoul - 1962 : Il est utile pour trouver des solutions neuves que des

groupes de travail rassemblent des hommes venus d'horizons variés, ayant une formation différente et si possible complémentaire.

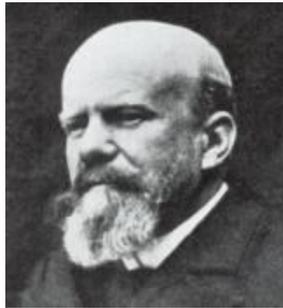
Schmitt - 1910 : Sachez gagner la confiance des malades, et quand leur mal dure, que leur courage faiblit, que leur résignation se perd, quand vous-même vous n'espérez plus, apprenez et efforcez-vous, malgré tout, à relever leur espoir ; ne prononcez jamais une parole qui puisse les éclairer sur la gravité du mal et montrez-leur que vous luttez jusqu'au bout. Ils sont deux fois à plaindre, car ils sont malades et ils sont malheureux ; et à ce double titre, ils ont droit à toute votre sollicitude, à tout votre dévouement, à tous vos respects.

Spillmann - 1887 : Pour étudier avec succès la médecine, il faut l'aimer et l'aimer avec passion.

Watrin - 1938 : Chez tous, sans distinction, je veux exalter ce besoin de curiosité, qui est la clé la plus sûre de toutes sciences, m'efforçant de vous faire comprendre que l'obtention d'un diplôme ne procure qu'une satisfaction passagère et que le serment d'Hippocrate ne fixe pas définitivement la somme des connaissances à acquérir.

LECONS INAUGURALES

Paul Spillmann



Leçon inaugurale : 1887

Dès le début de mon enseignement dans cette enceinte, je me suis rappelé avec une profonde émotion, et les maîtres qui ont dirigé mes premiers pas et les professeurs qui m'ont précédé dans cette chaire. Aux uns et aux autres j'éprouve le besoin de payer un tribut de filiale reconnaissance ou de respectueuse affection.

Mes devanciers ne sont pas nombreux. Agrégé en 1834, Schutzenberger devenait en 1844 Professeur de clinique à la faculté de Strasbourg. Il a formé plusieurs générations médicales. Il a laissé un volume de leçons cliniques et de fragments de philosophie médicale où respire toute son âme. Ecrivain et professeur, il honora l'école de Strasbourg. Il a marqué sa trace dans l'histoire de la médecine contemporaine. Lorsque, dans un jour de deuil, on ferma la Faculté, il ne put se résoudre à quitter la cité malheureuse. Retenu par de douloureux souvenirs, il fonda une Faculté autonome et continua l'enseignement français. Cet enseignement devait bientôt succomber sous les attaques des envahisseurs.

La Faculté de Strasbourg fut transférée dans la capitale de la Lorraine. Alors à Schutzenberger succéda le Professeur Victor PARISOT. Depuis de longues années, il occupait la chaire de

clinique médicale à Nancy. Vous vous rappelez les brillantes qualités de ce maître aimé : il y a quelques mois à peine, sa parole ardente retentissait encore dans cet amphithéâtre. Maintenant, devenu maître à mon tour, j'ai charge d'intelligences ; j'imiterai les exemples que j'ai reçus et je me dévouerai à mes élèves. Dès les premiers moments, j'ai senti qu'il me fallait réunir toutes mes forces pour accomplir ma mission. J'ai compté sur le sentiment du devoir et sur votre cordial concours. Par expérience, je sais quels liens étroits se forment de jour en jour entre le maître et l'élève ; il existe entre nous une solidarité qui rendra ma tâche facile ; unis par un esprit de confiance réciproque, nous marcherons ensemble vers le même but.

Je vais vous exposer ce que j'attends de vous, dire la dignité de la médecine, et insister sur la méthode de l'enseignement clinique. Avant tout, vous avez dû comprendre toute l'importance de la mission qui vous sera confiée. Pour mériter le titre de médecin, il faut être un homme de sens, de cœur et de bien ; il faut être l'homme de sa profession, compatir à la souffrance et dévouer toute sa vie au service du prochain. Comprenez toute la beauté de la science médicale. Dans cette œuvre de dévouement, au milieu de bien des peines, on goûte une double joie ; d'abord on éprouve une profonde admiration pour cette merveille de l'organisme humain, puis on soutient une lutte énergique et souvent victorieuse contre la maladie. Car d'un côté, suivant le mot d'Hippocrate, l'homme tout entier est une maladie, et d'autre part chaque individu porte en lui des germes nombreux de mal. D'abord inaperçu, le mal fait des progrès lents, puis rapides ; devant cette structure vivante et si belle, minée par la maladie, ravagée de toutes parts et qui succombe sous ses assauts répétés, le médecin est pris de pitié et de commisération ; il faut qu'il regarde, découvre, comprenne, qu'il lutte quelquefois avec angoisse ; mais aussi, s'il parvient au succès, non seulement il a sauvé une vie, mais il a comme un gage assuré de nouvelles victoires. Quel malheur si, par sa faute, il laissait mourir ou faisait périr un seul homme ! Sans ce sentiment d'intelligente admiration et de pitié effective vous manqueriez votre but, et manquer votre but ce serait faillir à votre devoir, ce serait assumer une responsabilité terrible.

Pour étudier avec succès la médecine, il faut l'aimer et l'aimer avec passion ; et comment ne pas l'aimer avec passion quand on comprend toute la beauté de la science médicale ? Si donc vous n'avez pas de vocation, si vous n'avez pas l'amour du métier, le sentiment du devoir, de l'abnégation, du sacrifice, retirez-vous. Ne venez pas échouer à la redoutable épreuve d'un examen. Car nous vous promettons d'avoir une affectueuse et prévoyante sévérité : tout nous la commande.

Nous sommes témoins de vos efforts et de vos progrès ; nous sommes juges de votre mérite et de votre science ; nous serons des témoins sincères et de justes juges. Pour vous donner le titre de docteur et vous recommander à la confiance de la société, nous exigeons que vous ayez fait vos preuves et nous n'assumerons sur nos têtes aucune solidarité avec une ignorance coupable. Nous ne voulons point, par une excessive indulgence, vous mettre en état de jeter la désolation dans une famille et mériter ainsi de provoquer contre nous le cri de la réprobation publique. Ou vous serez dociles et doctes, ou vous ne serez pas docteurs.

Cette sévérité, nous l'aurons aussi dans votre intérêt. Après les examens que vous aurez passés devant nous, nous entrevoyons des examens d'une autre nature, des examens ou, à votre tour, vous serez témoins et juges : un jour, et ce jour n'est pas si éloigné, un jour, confiante dans le titre de docteur que nous vous aurons conféré, une famille vous appellera près d'un père, d'une mère, d'un fils, d'une fille : que cette famille soit riche ou pauvre, elle vous dira : « *Sauvez-lui la vie ; Rendez nous la joie ; Ayez pitié de nous* ». Alors sous le regard d'une famille et de la société, vous examinerez le malade et votre examen pourra, sous votre responsabilité, sortir ou la mort ou la vie.

Ayez une jeunesse non pas sombre et morose, mais laborieuse et grave ; soyez des hommes non de plaisir mais d'étude ; recherchez des amis sérieux et dignes ; lisez assidûment les auteurs qui font autorité, analysez leurs ouvrages, rapprochez de leurs observations consciencieuses vos propres observations ; vivez dans le commerce des maîtres qui par leur caractère comme par leur intelligence ont honoré la médecine. Vous aurez ainsi, tout ensemble, et une direction sûre et un noble délassement ; vous prendrez des habitudes de travail

que vous ne quitterez plus de toute votre vie ; vous vous approprierez la science étrangère, et dans cette continuelle acquisition de connaissances, dans ces perpétuels progrès de votre esprit, vous goûterez une satisfaction intime qui sera votre première récompense. Souvent quand vous aurez repoussé les appels du plaisir ou secoué les tentations de la paresse, vous constaterez un fait, vous recueillerez un témoignage qui projettera de la clarté sur la situation d'un malade, et vous mériterez, vous pourrez obtenir d'arracher plus d'une victime à la mort.

C'est de la clinique que vous attendez toute votre initiation pratique à la médecine. Vous cherchez presque tous à devenir, non pas des savants, mais des praticiens. Quelle est la meilleure voie pour arriver au but.

Pendant votre première année d'études, vous n'entrez pas encore à l'hôpital, et je le regrette. Excellents cliniciens, nos pères commençaient par les services hospitaliers. Pour vous, la première année est presque perdue ; vous complétez alors les connaissances exigées pour le baccalauréat ès sciences restreint. On pourrait supprimer ce dernier examen et votre première année de médecine suffirait pour donner une base scientifique à vos études médicales. Vous gagneriez ainsi du temps, et c'est beaucoup dans la vie, surtout avec les exigences de plus en plus absorbantes du service militaire.

Mais si l'on vous a habitués dans les laboratoires de physique et de chimie à la manipulation des instruments et des réactifs, si vous en avez entrevu l'utilité pour le diagnostic, vous retrouverez à la clinique la véritable application des connaissances acquises pendant les premières années d'étude.

Aussi est-il désirable que les parties de la chimie et de la physique applicables à la biologie vous soient enseignées en temps opportun.

Voyez, en effet, ce qui se passe aujourd'hui. Incomplètement préparés aux études chimiques par le baccalauréat ès sciences restreint, vous suivez dès la première année de vos études médicales un cours de chimie biologique. Le professeur vous fait des leçons importantes sur l'analyse des urines, sur celles des tissus, des liquides normaux ou pathologiques. On vous parle d'albuminurie, de glycosurie, de peptonurie, de phosphaturie, on vous enseigne la recherche et le dosage de l'urée, des alcaloïdes toxiques, etc. et vous

n'avez encore aucune notion de pathologie, vous n'avez vu aucun malade ! Ne pouvant saisir, ni la portée pratique, ni la portée clinique de cet enseignement, vous amassez dans votre esprit des notions confuses qu'il vous sera difficile de garder.

De là une conséquence déplorable. Arrivés en troisième et en quatrième année, vous avez en partie oublié les notions utiles qui pourraient éclairer le diagnostic, et bien peu d'entre vous seraient à même de faire une analyse chimique.

Pour la physique, il y a les mêmes inconvénients. Vous connaissez la structure d'une pile, d'un appareil faradique. Mais s'agit-il de manier un appareil à courant continu ou à courant induit, et surtout d'en faire l'application au lit du malade, vous êtes bien en peine. J'en dirai tout autant des appareils enregistreurs et de ceux qui sont destinés à l'examen de l'œil ou du larynx.

La réforme dont je vous parle avait été mise en pratique par le regretté Professeur Lasègue. A la clinique de la Pitié, c'était par des agrégés qu'il faisait faire des conférences de physique, de chimie, d'histologie pathologique ; à la théorie il joignait ainsi la pratique.

Les laboratoires rendent de grands services. Mais l'art de reconnaître et de traiter les maladies ne s'apprend ni dans les leçons théoriques, ni dans les laboratoires de chimie ou d'anatomie. Pour le médecin, le vrai laboratoire, c'est l'hôpital ; c'est là que vous devez passer vos journées. Rappelez-vous qu'en dehors des récréations nécessaires, votre temps c'est le temps des malades.

La médecine est d'abord une science d'observation. Or pour former, pour accroître l'esprit d'observation, il faut une pratique journalière et cette pratique vous la trouvez à l'hôpital. Là vous avez, réunies, soit dans une seule salle, soit dans des salles voisines, toutes les maladies qui affligent le corps humain avec leurs variétés innombrables et leurs douloureuses complexités ; là vous pouvez en même temps étudier une maladie dans ses différentes phases ; vous rapprochez, vous comparez. Quand on voit la douleur sous tant de formes, l'âme s'ouvre à la pitié, au respect, parfois à l'admiration.

Dans les laboratoires de physique et de chimie, dans les amphithéâtres d'anatomie ou de physiologie, le sujet d'expérience est

tout passif. En entrant à l'hôpital, pensez-y souvent, ce ne sont pas seulement des sujets ou des maladies que vous avez à étudier, ce sont des hommes malades, d'autant plus intéressants qu'ils n'ont pas autour d'eux une famille pour calmer leurs appréhensions et pour adoucir leurs souffrances. Examinez donc vos malades avec douceur et ne prononcez pas devant eux un mot qui puisse les blesser ou aggraver leur peine. Combien de ces pauvres ont contracté dans un rude labeur, dans un continuel dévouement, dans des privations méritoires, le germe de leur maladie ; combien supportent avec une silencieuse patience des souffrances qui les conduiront à la mort, ou combien attendent avec une généreuse ardeur le moment de reprendre leur travail ! Ayez de la compassion pour leur douleur ; parfois donnez-leur une parole de consolation voilà un noble ministère !

Sachez aimer et respecter l'homme dans le malade et vous respecterez, vous aimerez votre science.

L'hôpital, toujours l'hôpital ! Il y a là des trésors, mais ces trésors pour les découvrir, il faut un travail continu, persévérant. C'est aux esprits vaillants, c'est aux cœurs dévoués, que la médecine découvre ses secrets !

Qu'un travail facile, apparent et trompeur ne vous prépare pas de tardifs regrets. Observez vous-même ! faites une large part à l'investigation personnelle ; apprenez non dans les manuels et de mémoire, mais par le cœur et auprès du malade. Ayez une patience à toute épreuve. Il vous faut un long apprentissage commencé dès le début des études médicales, poursuivi dans les hôpitaux, au lit de la misère et de la souffrance, il faut le sentiment d'un devoir, d'une mission sacrée à remplir, pour devenir un médecin et un observateur habile. Voilà votre devoir ; voici maintenant mon programme.

Votre but est d'observer des malades pour vous instruire, et il est nécessaire que vous les observiez vous-mêmes, afin de suivre les modifications de la maladie. Je tiens à ce que vous examiniez les entrants à tour de rôle, devant tous vos camarades, en présence du maître et suivant une méthode bien déterminée.

Pour que l'étude de la clinique soit profitable, il faut que vous agissiez comme pour votre propre compte et sous votre responsabilité personnelle ; il faut que, vrais praticiens, vous portiez un diagnostic et que vous posiez les indications d'un traitement. Le malade une fois examiné, pensez-y bien, lisez ce qui peut vous éclairer sur sa maladie ; s'il est gravement malade, allez le revoir à la visite du soir, restez dans un commerce continuels avec lui, suivant jour par jour la marche de la maladie, l'action du traitement : c'est à cette condition que vous vous familiariserez avec toutes les méthodes de diagnostic et de thérapeutique dont plus tard vous pourrez avoir besoin.

Assistez également aux consultations de l'hôpital. Là encore vous verrez passer sous vos yeux de nombreux malades, enfants, adultes, vieillards, indigents, pauvres honteux, étrangers ; tout ce monde vient demander un conseil et présente souvent des maladies aiguës ou chroniques que vous ne retrouverez pas dans les salles.

L'interrogatoire d'un malade est une œuvre difficile, délicate. Suivant que vous vous en acquitterez bien ou mal, votre appréciation de la maladie sera juste ou fausse. Et vous comprenez toutes les conséquences !

Or pour interroger avec ordre et saisir un diagnostic, une pratique assidue et une bonne méthode lèveront toutes les difficultés.

Bien que les malades changent chaque jour, et que les cas les plus variés, les plus complexes, se présentent à vous, nous ne pouvons, en quelques mois, faire passer devant vos yeux tous les types pathologiques, même les plus importants. C'est par la méthode seule, que vous observerez avec sagacité et pourrez juger et traiter même les cas nouveaux que, sans conseils, vous aurez le devoir d'étudier.

Vous voyez employées à l'hôpital deux méthodes d'interrogation.

La première, que j'appellerai expéditive est appliquée à la consultation. Là on ne peut donner à chaque malade qu'un temps assez court. Il faut, par un coup d'œil rapide, et à la suite d'une interrogation sommaire, poser un diagnostic. Basé sur quelques signes frappants, tels que l'œdème des membres inférieurs, un état cachectique, de la dyspnée, ce diagnostic ne dispense pas de

reprendre ensuite l'histoire du malade et recourir au second procédé d'interrogation, au procédé méthodique.

L'examen d'un malade varie suivant les professeurs et suivant les sujets. Chacun, dans sa pratique, se fait un procédé pour atteindre son but. Mais en clinique, où chacun doit pouvoir suivre et comprendre ce qui se fait, il faut bien adopter une méthode unique. Cette méthode, j'y insiste chaque jour au lit du malade.

La première question en s'informant des souffrances actuelles doit être : où avez-vous mal ? où souffrez vous ? montrez l'endroit malade. Depuis quand souffrez vous ? Vous pourrez ainsi commencer votre examen par l'étude de l'organe ou de la fonction troublée.

Procédez toujours avec ordre : que rien ne soit livré au hasard. Sachez que l'interrogation des malades est un des points les plus difficiles, les plus délicats de la clinique. Choisissez un schéma que vous pourrez chacun développer selon les occasions.

Préparez vous plusieurs schémas : l'un pour l'examen des malades atteints de maladies générales ou de fièvre, les autres pour les maladies de l'appareil respiratoire, circulatoire, digestif, pour les maladies du système nerveux. Suivez ces schémas avec conscience et par conscience, et vous arriverez, à cette condition, à prendre vos observations justes et vous poserez un diagnostic exact d'où vous pourrez déduire et le pronostic et le traitement.

Vos camarades qui auront suivi pas à pas l'examen fait par vous, donneront à leur tour leur avis.

J'aurai ainsi l'occasion de signaler l'erreur ou l'exactitude des appréciations, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une conclusion sûre. Vous acquerez ainsi beaucoup de connaissances pratiques. Enfin, quand l'issue de la maladie est la mort, une partie importante de l'enseignement clinique c'est l'inspection du cadavre. Vous savez combien les lésions constatées servent à l'appréciation du diagnostic et du traitement.

Combien ces investigations anatomiques ne vous seront-elles pas plus utiles que si vous examiniez des organes malades dans un laboratoire sans avoir vu le sujet ! Nous vous tiendrons au courant de toutes les recherches, de toutes les découvertes nouvelles ; on

donnera un soin tout particulier aux analyses chimiques ; avec son dévouement habituel, mon chef de clinique, le Docteur HAUSHALTER, vous initiera à tous les progrès de la bactériologie.

Que de perspectives nouvelles, que de secrets jusqu'alors cachés, les découvertes de Pasteur ne nous laissent-elles pas entrevoir ! La bactériologie sert tout ensemble et la pathogénie et la thérapeutique. Nous connaissons les bactéries pathogènes du charbon, de la tuberculose, du choléra, de la rage, etc. s'il en est qui nous tiennent encore en échec, combien d'autres que nous savons déjà combattre ! L'antisepsie n'a-t-elle pas produit une véritable révolution en chirurgie et en obstétrique ? Aussi le médecin, souvent découragé par son impuissance, a repris la lutte avec ardeur ; sans pouvoir encore vaincre comme les chirurgiens, nous avons, nous aussi, l'espoir d'obtenir des succès. La découverte des virus atténués n'est elle pas, en effet, une des merveilles de la médecine contemporaine ? En présence de ces grands travaux ne devons nous pas travailler de toutes nos forces, sinon pour les étendre, du moins pour les appliquer !

Vous citerai-je le bacille de la tuberculose, dont la recherche est si bien entrée dans l'usage, que la plupart des médecins instruits se servent de ce moyen pour éclairer le diagnostic. Il en sera peut-être bientôt de même pour d'autres bactéries.

Tel sera, Messieurs, mon système d'enseignement. Les mardis et les samedis, nous ferons à l'amphithéâtre une leçon relative aux faits et aux cas spéciaux observés dans nos salles. Nous insisterons sur les difficultés de diagnostic et de traitement qui se sont présentées, nous discuterons les doctrines pathologiques et nous ne manquerons jamais de vous présenter les pièces anatomiques des sujets qui auront succombé dans le service. Les jeudis, nous ferons une leçon au lit du malade, en interrogeant les entrants ; enfin les autres jours de la semaine nous visiterons ensemble tous les malades de nos salles.

Cette méthode est bien préférable à celle des universités allemandes. En Allemagne, l'élève n'a pas le droit d'entrer dans les salles : il voit chaque jour une seule fois un malade nouveau, et ce malade, il ne

peut le suivre ; s'il le revoit c'est à l'amphithéâtre, quand la maladie s'est finie par la mort. Il ne peut ainsi connaître, ni la marche de la maladie, ni l'effet des traitements. Telle ne doit pas être la clinique ! Les leçons, les interrogations du maître doivent vous servir de modèle pour vos études. Soyez non pas des spectateurs oisifs, mais d'actifs coopérateurs. On n'apprend pas la musique ou la sculpture dans des concerts ou des musées. Fixez votre attention sur un nombre restreint de malades. Constatez sous forme de note la conséquence de vos observations journalières. Ecrivez l'histoire de chaque malade ; regardez chaque malade comme votre client. Intéressez vous au progrès de sa guérison ; votre sollicitude soutiendra votre attention et le cœur vous donnera de l'esprit. Puis aux heures solitaires du soir, réunissez vos souvenirs, parcourez vos notes, vos observations de la journée ; voyez ce que disent les auteurs, écoutez ce que le professeur n'a pas dit. La lecture est le complément nécessaire des études cliniques. Repassez ainsi vos notions d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique. Vous utiliserez ainsi tous ces matériaux et vous développerez sûrement votre intelligence scientifique. C'est la condition pour devenir de vrais praticiens !

Et maintenant, Messieurs, un dernier conseil. Le domaine de la médecine est bien étendu, bien riche. Vous connaissez tous les trésors de la science et d'expérience dont vous pouvez disposer et où vous pouvez puiser à pleines mains : livres, laboratoires, hôpital, tout est en harmonie avec notre haute et noble mission.

Pensez à vous acquitter de bien des devoirs. Vous-même, vous qui aspirez à un si noble service, gardez inviolable le sentiment de votre dignité : de vos jours faites des journées. Pendant que vous le pouvez, employez les moyens qui sont mis à votre disposition. Ces moyens, la plupart d'entre vous les auront seulement quelques mois, quelques années : qu'ils ne l'oublient pas : plus tard ils seront isolés ! Messieurs, ne vous exposez pas à avoir un jour conscience de votre propre insuffisance. Pensez à la responsabilité qui pèsera sur vous. Prévenez les regrets navrants, les remords terribles qui vous tourmenteront sans cesse, si, par votre faute, vous étiez au-dessous de votre tâche, si appelés pour sauver un malade, vous aviez le

malheur de le tuer. Ne perdez pas votre temps en futiles plaisirs ; il y a des plaisirs qui vous prépareraient des crimes.

Je comprends quelle tâche m'est confiée et rien ne me coûtera pour guider vos premiers pas dans votre carrière. Ma ferme volonté, mon vœu le plus ardent, est de faire de vous des hommes généreux, prodiguant tous les soins de votre art aux malades. Je serai heureux de remplir ainsi la haute mission que la Faculté m'a fait l'honneur de me confier, et je serai, Messieurs à votre service, pour qu'un jour vous soyez au service de la société !

Paul Ancel



Leçon inaugurale : 1908

Je tiens, en prenant possession de cette chaire, à adresser tout d'abord l'expression de ma vive gratitude à M. le Recteur, M. le Doyen et MM. les Professeurs de la Faculté de médecine de Nancy qui ont bien voulu me juger digne de l'obtenir.

Ils m'ont fait un grand honneur en me confiant la chaire d'anatomie de notre Faculté, mais ils m'imposent une lourde tâche en m'appelant à recueillir la succession de M. le Professeur NICOLAS. Je pressens, en effet, combien il me sera difficile de remplacer un homme de science universellement connu, un professeur qui occupe aujourd'hui la première chaire d'anatomie de France, un maître qui avait su faire de son laboratoire un foyer de travail et de solidarité scientifiques, et qui, d'accord avec le Professeur PRENANT, avait créé une école anatomique dont le renom avait rapidement dépassé nos frontières.

C'est cependant sans crainte que je viens occuper la place qu'il abandonne, car je suis son élève, initié à sa méthode d'enseignement et, si les qualités qu'il possède me manquent, j'ai du moins, au même degré que lui, le désir de vous instruire et de vous être utile.

Ceux d'entre vous, Messieurs, qui connaissent bien M. le Professeur

Nicolas, savent qu'il goûterait mal un long éloge de ses travaux et de sa personne. Aussi ne vous dirai-je rien de sa collaboration à des ouvrages didactiques, des nombreux faits nouveaux que ses recherches ont fait connaître et de l'impulsion considérable qu'il a donnée à la science anatomique en France, en fondant l'association des anatomistes. Je ne vous parlerai pas plus de l'homme, de sa bonté, de sa bonhomie familière avec les étudiants ni de son désintéressement envers ses élèves, auxquels il donnait son temps sans compter.

Non, je ne vous dirai rien de tout cela, mais vous me permettrez de rappeler ici les années que j'ai passées auprès de lui et de le remercier de tout ce qu'il a fait pour moi.

Au moment où mon attention est attirée sur le passé, laissez-moi aussi, Messieurs, adresser un souvenir au laboratoire que je quitte et remercier le Professeur Testut, qui m'y a fait un accueil si sympathique, et les professeurs de la Faculté de médecine de Lyon, qui ont accueilli l'étranger comme un des leurs et se le sont à jamais attaché par les liens solides de la reconnaissance.

Messieurs, l'enseignement anatomique dans une Faculté de médecine est fondamental, aussi l'attention de tous, professeurs et élèves, est-elle portée sur lui. Chacun conçoit cet enseignement d'une façon spéciale, et il faut avouer que ces conceptions diffèrent sensiblement les unes des autres. Puisqu'il en est ainsi, je crois utile de vous dire ce que je pense de l'enseignement de l'anatomie dans les Faculté de médecine et dans quel esprit je compte le faire.

Le médecin, ayant à soigner l'homme malade, doit connaître l'anatomie de l'homme. Il lui faut nécessairement savoir quels sont les organes qui le composent et quels sont les rapports de ces organes entre eux. Le professeur d'anatomie doit donc apprendre au futur médecin toute l'anatomie humaine. Cependant, il est certaines dispositions organiques qui présentent pour un médecin plus d'importance que d'autres, soit parce qu'elles constituent des points de repères chirurgicaux ; soit parce qu'elles expliquent tel symptôme, étrange à première vue, qu'on observe dans telle ou telle affection, ou encore, parce qu'elles permettent de comprendre pourquoi telle ou telle manœuvre opératoire est possible. Le professeur a le devoir

d'insister spécialement sur ces parties de l'anatomie et il a aussi le devoir d'expliquer à l'étudiant les raisons de leur importance pour le médecin.

Le rôle du professeur d'anatomie nous apparaît donc comme fort simple et je ne crois pas que cette manière de le comprendre soit discutée par personne.

Mais l'accord cesse d'exister, lorsqu'il s'agit de savoir s'il doit borner là ses efforts, ou, au contraire, se placer encore à un autre point de vue pour faire son enseignement.

Les dix années que je viens de passer en contact intime avec les étudiants ont implanté dans mon esprit la conviction profonde, que le professeur d'anatomie n'a pas comme unique devoir d'enseigner aux étudiants comment l'homme est organisé, mais que son rôle est plus vaste et sa mission plus élevée.

Cherchant à devenir des médecins, vous désirez, Messieurs, qu'on vous enseigne, à la Faculté, toutes les notions nécessaires pour exercer votre art. Beaucoup d'entre vous désirent même, qu'on ne leur enseigne pas autre chose. Ont-ils tort, ont-ils raison ? Cela se discute. Pour vous dire franchement ma pensée, je crois qu'ils ont raison. Mais, comment définir les notions qu'un étudiant doit chercher à acquérir pour devenir ce qu'on appelle vulgairement un bon médecin, c'est-à-dire un médecin qui soulage ses malades autant que le permet l'état actuel de la science médicale ? Et puis, le médecin doit-il seulement posséder une certaine somme de connaissances et n'est-il pas souhaitable qu'il ait acquis une tournure d'esprit particulière ? Voilà des questions assez complexes pour permettre de longues discussions.

J'ai eu, lorsque j'étais étudiant, un ami, garçon pratique par excellence et qui ne se payait pas de mots, je vous assure. Il était convaincu que l'étudiant en médecine doit uniquement apprendre ce qui lui servira plus tard dans la pratique médicale, et que tout le reste ne vaut pas l'aumône d'un regard ou d'une minute d'attention.

La physique et la chimie lui paraissaient tout à fait inutiles, car, point n'est besoin de connaître les premiers éléments de ces sciences, pour voir si une urine renferme de l'albumine ou du sucre, ou même pour compter des globules sanguins, et le praticien, je vous le demande, a-

t-il autre chose à faire dans cet ordre d'idées ?

En anatomie, la dissection lui paraissait une besogne répugnante et inutile ; le praticien, en effet, ne dissèque jamais, et l'anatomie, disait-il, s'apprend plus vite dans les livres que sur le cadavre. Les travaux pratiques d'anatomie pathologique lui semblèrent, de même, une occupation inutile et sans attrait. Le praticien autopsie-t-il les malades qu'il n'a pu sauver de la mort, et a-t-il le temps d'étudier au microscope les lésions dont leurs organes sont le siège ?

Cet état d'esprit qu'il avait apporté dans les laboratoires, il le transporta dans les cliniques. Pourquoi, m'est-il arrivé de lui dire, n'être pas resté, pour voir enlever ce cancer du sein ou ce kyste de l'ovaire ? Parce que, disait-il, je serai médecin de campagne et puis me désintéresser totalement de ces grandes opérations.

Un jour, j'étais allé entendre une clinique à l'hôpital Saint-Julien ; par hasard, mon ami n'y assistait pas. Il préparait un examen ! J'ai enfin vu, lui dis-je, à ce propos, un cas de syringomyélie, tu as eu tort de ne pas venir. C'est curieux, cette disso .. Oui, oui, enfourche ton dada. Et le traitement ? Le traitement... Eh bien oui, comment se guérit cette affection ? Mais... Je ne crois pas qu'on puisse la guérir. D'ailleurs la question n'est pas là. Erreur, mon cher ami ; une maladie dont on ne connaît pas le traitement ne m'intéresse pas, moi, futur praticien et la syringomyélie, je m'en désintéresse comme je me désintéresse de la plupart des maladies du fond de l'œil, de la maladie d'Addison, de l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchesne ou autres, ou de la maladie de Recklinghausen, etc., etc... Tu sais que je pourrais facilement allonger la liste ; et cela toujours pour la même raison, je veux devenir praticien ; je suis logique et pratique.

Je l'aimais beaucoup et il avait la parole facile ; aussi son raisonnement me faisait-il, je, l'avoue sans fausse honte, une forte impression et, malgré la révolte sourde que je sentais en moi contre une pareille conception de la médecine, il y avait des moments où je me demandais si, tout de même, il n'avait pas raison.

Aujourd'hui, Messieurs, je sais qu'il avait tort. Tout à l'heure, je pense, vous comprendrez pourquoi.

Quand vous aurez passé tous vos examens et que vous aurez conquis votre diplôme de docteur, vous vous trouverez lancés dans le monde, livrés à vos propres forces et en contact répété, je vous le souhaite,

du moins, avec des malades.

Si vous vous analysez un peu, vous vous apercevrez très vite que, pour rendre le maximum de services à vos malades, et, par conséquent, à vous-mêmes, les notions que vous avez puisées dans les livres ont une certaine utilité, mais que le facteur essentiel, indispensable, pour bien exercer votre art, c'est la faculté d'observation. Vous remarquerez bientôt que tel confrère, vivante bibliothèque, est en même temps un fort mauvais médecin qui accumule les unes sur les autres les erreurs de diagnostic, et que tel autre, au contraire, bon observateur, mais peu érudit, guérit ses malades sans savoir à quel âge est mort Trousseau et sans connaître la liste des publications de Brown-Séguard.

Si vous avez quelque rectitude dans le jugement, vous arriverez vite à cette idée, que, pour être bon médecin, il faut être bon observateur. Mais, Messieurs, n'est pas bon observateur qui veut. Pour le devenir, il faut un long apprentissage et une bonne direction. Cependant, tout le monde croit savoir observer, et je ne serais pas étonné si beaucoup d'entre vous ne me croyaient pas lorsque je leur dirai qu'on apprend à observer comme on apprend à lire et à écrire. J'attendrai, pour les convaincre, que nous nous trouvions ensemble à la salle de dissection, et je vous demande, pour l'instant, de me croire sur parole.

Il est difficile, dis-je, de devenir bon observateur, il faut s'y appliquer longuement et, cependant, c'est pour le médecin une nécessité absolue. Vous devez donc apprendre à observer dès votre entrée à la Faculté de médecine ; c'est un point essentiel que le professeur d'anatomie, journellement en contact avec vous, ne doit point négliger. Je ne le négligerai pas, soyez-en sûrs, et vous verrez quelle importance j'attache aux qualités d'observation dont peut faire montre un étudiant et combien la récitation stupidement littérale des muscles de la nuque ou des branches de l'artère maxillaire interne, me laisse indifférent.

Voyons donc comment l'étude de l'anatomie pourra vous apprendre à observer.

Vous allez être obligés de mettre à nu, à la salle de dissection, un grand nombre d'organes, vaisseaux, nerfs, muscles, etc. Il va falloir que vous appreniez à différencier un nerf d'un vaisseau, une artère

d'une veine, que vous arriviez à reconnaître. d'un coup d'œil, où se trouve l'interstice qui sépare deux muscles voisins et que vous vous exerciez à mettre en évidence un nerf, un vaisseau ou un organe thoracique, abdominal ou pelvien, sans cependant changer ses rapports, puisque l'important, pour vous, en anatomie humaine, c'est l'étude des rapports des différents organes entre eux.

Quand vous quitterez définitivement la salle de dissection, vous aurez appris, grâce à tout ce travail, à voir, d'un seul coup d'œil, sur un cadavre ouvert, une foule de choses qui vous seraient passées inaperçues à votre entrée, même si vous aviez parfaitement étudié les traités d'anatomie. Vous aurez appris à observer. C'est, en effet, le rôle essentiel de la dissection de vous apprendre à observer par un contact journalier de deux semestres avec le cadavre et l'on fréquente la salle de dissection, non pas seulement pour apprendre à disséquer, comme le croyait mon ami, mais surtout pour apprendre à observer.

C'est là une vérité sur laquelle il ne me paraît pas superflu d'attirer votre attention et pour qu'elle vous apparaisse plus nettement, je vous montrerai, par un exemple, qu'on peut faire à la salle de dissection, de très bon travail même sans disséquer.

Dès qu'une pièce est donnée à un étudiant, immédiatement il incise la peau et la rabat à grands lambeaux, semblant brûler du désir enfantin de voir ce qu'il y a dessous ; combien rares sont ceux qui pensent à regarder cette pièce avant de l'ouvrir, à en étudier les différents reliefs et à rechercher les saillies osseuses sous les parties molles. Et cependant, Messieurs, n'est-ce pas là, pour vous, une étude de la plus haute importance ? Observez-donc la pièce qu'on vient de vous donner au lieu de la disséquer. Cherchez, en vous guidant sur le squelette, à reconnaître tous les reliefs osseux que vous pouvez sentir ; apprenez, en vous aidant d'un écorché, les noms des muscles qui forment les saillies les plus nettes et les noms des tendons qu'on sent nettement sous la peau, dans certaines régions.

En agissant ainsi, vous aurez déjà appris, avant même d'avoir touché une pince et un scalpel, à ne pas laisser passer inaperçue une déformation, à la localiser exactement et, chose plus importante encore, à connaître de nombreux points de repère utilisés en

médecine opératoire et en clinique. Quand ce travail sera terminé, commencez la dissection en cherchant à vous rendre compte des rapports de tous les organes que vous mettez à nu et en pensant à vous demander quels reliefs les plus superficiels forment sous la peau.

Si la dissection n'est pas pour vous un simple travail manuel, vous verrez rapidement qu'elle sert à fixer dans la mémoire les dispositions anatomiques. Peu à peu, vous vous convaincrez qu'apprendre l'anatomie dans les livres, c'est se condamner à l'oublier rapidement et que l'apprendre sur le cadavre est un procédé certainement beaucoup plus long, mais beaucoup plus sûr.

Une simple comparaison suffit à le faire pressentir. Vous avez tous étudié la géographie et aucun d'entre vous n'ignore que cette étude peut être faite de différentes façons. Les uns se contentent d'apprendre aussi littéralement que possible un livre de géographie. D'autres, mieux avisés, lisent les descriptions géographiques et s'aident d'une carte pour se les mieux représenter ; d'autres, enfin, voyagent et vont étudier sur place un point quelconque du globe. Quel est le meilleur de ces trois procédés ? Tout le monde est d'accord. Apprendre la géographie dans un livre, sans carte, est une besogne aride et dont il ne reste rien. Les cartes sont indispensables parce qu'elles fixent dans l'esprit les notions géographiques et permettent de les retenir pendant longtemps. Mais les voyages valent beaucoup mieux encore. L'évidence est telle que je n'ose insister. La moindre expérience, dans ce sens, est, en effet, démonstrative et tout le monde l'a faite.

L'anatomie, Messieurs, a, elle aussi, ses cartes et ses voyages. Ses cartes, ce sont les figures qui illustrent les traités. Elles sont indispensables comme les cartes géographiques et, si vous ne voulez pas oublier l'anatomie aussitôt après l'avoir apprise, vous ne devez jamais étudier une disposition anatomique dans un livre sans suivre sur une figure la description donnée par l'auteur.

Quant aux voyages, procédé idéal, quant à l'étude directe de la nature si longue et souvent si difficile pour le géographe, nous en trouvons l'équivalent dans la dissection ; et ici, l'anatomiste est favorisé, le champ qu'il a à parcourir n'est pas assez vaste pour qu'il ne puisse l'embrasser tout entier. Il peut, dans un temps

relativement court, voir de ses propres yeux tous les organes qui constituent l'homme et se rendre compte de la manière dont ils sont tous agencés. L'étude du cadavre est le procédé de choix pour fixer dans la mémoire les notions acquises dans les livres.

Voilà un point de vue que vous ne trouverez pas, je pense, dénué d'intérêt.

Mais, on peut se placer à d'autres encore pour montrer l'utilité de la dissection.

L'étude du cadavre sert, en effet, à faire réfléchir l'étudiant sur l'anatomie et cette réflexion peut être, pour lui, très fructueuse.

J'observe, tous les ans, avec intérêt les élèves studieux de première année, peu après leur arrivée à la salle de dissection. Ils n'ont pas travaillé depuis quarante-huit heures qu'une disposition différente de celle qui est décrite dans leur traité se présente sous leurs yeux.

Ceux qui s'en aperçoivent en sont toujours très frappés. Les uns concluent que le livre est mal fait ; les autres, que le cadavre qu'ils dissèquent est un être extraordinaire et ils ne sont pas éloignés de penser qu'ils viennent de faire une grosse découverte.

Je m'empresse de remettre les choses au point ; je leur explique qu'il y a, chez l'Homme, des variations nombreuses dans les dispositions organiques ; que l'anatomie qu'on trouve dans les traités est une moyenne et qu'elle décrit un type idéal qui n'existe pas et j'oppose, aussi vivement que possible, l'anatomie réelle du cadavre à l'anatomie artificielle du livre.

Cette opposition entre le livre et le cadavre me paraît constituer pour vous, Messieurs, un enseignement de premier ordre.

Elle vous apprend, en effet, si vous voulez bien y prendre garde, que l'anatomie, comme les autres sciences qui s'occupent des êtres vivants, ne peut être enfermée dans le cadre étroit d'un livre. Elle vous enseigne qu'il faut tenir grand compte des variations individuelles qui sont une des grandes causes de la diversité de la nature en même temps qu'elles la rendent plus intéressante et plus belle ; elle vous montre que pendant toute votre vie de praticien, il faudra vous défier un peu des livres et n'avoir confiance que dans l'observation ; elle vous amène à comprendre pourquoi la même cause ne produit pas, forcément, dans tous les organismes, les mêmes effets ; et, enfin et surtout, futurs médecins, elle vous prépare à

accueillir les grandes lois de la pathologie comme des déductions de vos études antérieures ; à comprendre les notions d'hérédité et de terrain et à saisir, en un mot, le sens de cette phrase qu'on vous répétera si souvent : « *Il n'y a pas de maladies, mais seulement des malades* ».

Vous comprenez maintenant pourquoi il faut attacher tant d'importance à la dissection. Le seul reproche qu'on pourrait lui adresser, c'est qu'elle constitue une besogne répugnante.

Je ne répondrai pas moi-même à cette objection et je laisserai parler Claude Bernard..., tout simplement.

« Le physiologiste, dit-il, n'est pas un homme du monde, c'est un savant ; c'est un homme absorbé par une idée scientifique qu'il poursuit. Il n'entend plus le cri des animaux, il ne voit plus le sang qui coule, il ne voit que son idée et n'aperçoit que des organismes qui lui cachent des problèmes qu'il veut découvrir. De même le chirurgien n'est pas arrêté par les cris et les sanglots parce qu'il ne voit que son idée et le but de son opération, de même encore, l'anatomiste ne sent pas qu'il est dans un charnier horrible. Sous l'influence d'une idée scientifique, il poursuit avec délices un filet nerveux dans des chairs puantes et livides qui seraient pour tout autre homme, un objet de dégoût et d'horreur. »

Conclusion : l'étudiant qui se plaint de la mauvaise odeur dégagée par sa pièce n'est pas un étudiant sérieux. Vous voilà prévenus.

Je suppose que vous commencez à voir se dégager ma pensée. J'ai cependant besoin de la compléter et je tiens à vous dire tout de suite que le professeur d'anatomie peut et doit faire encore autre chose pour vous.

Durant toute votre carrière, vous serez placés en face de multiples phénomènes qu'il faudra savoir observer mais dont vous devrez aussi chercher la cause. Si vous voulez, en effet, instituer un traitement rationnel dans n'importe quelle affection, il vous faudra toujours chercher la cause première des symptômes observés pour la combattre ensuite. C'est là un idéal vers lequel vous devrez toujours tendre, aussi faut-il vous y préparer dès maintenant.

Si le professeur d'anatomie se contente de vous décrire la forme des organes de l'Homme et leurs rapports, il vous donnera peu à peu et

sans que vous vous en rendiez compte, une tournure d'esprit qui sera exactement à l'inverse de celle que vous devriez avoir. Il vous habituera à constater des faits sans chercher à les relier entre eux. Voilà l'écueil qu'il s'agit d'éviter ; aussi ai-je l'intention de vous exposer, toutes les fois où je le pourrai, le pourquoi des dispositions anatomiques étudiées au cours ou observées à la salle de dissection.

Les deux sciences qui nous donnent la clef des dispositions anatomiques normales et de la plupart des dispositions anormales sont l'embryologie et l'anatomie comparée. Je pourrais prendre de nombreux exemples pour vous montrer que les moindres détails de l'anatomie humaine s'expliquent par l'embryologie et l'anatomie comparée, mais je ne crois pas nécessaire de m'étendre longuement sur ce sujet. Il suffit en effet, de se rappeler que les dispositions anatomiques de l'adulte sont le résultat de toute une évolution, qui s'est faite dans l'utérus de la mère, pour comprendre que l'étude des phases successives par lesquelles un organe est passé explique parfaitement l'état dans lequel cet organe se présente chez l'adulte. D'où la nécessité de l'embryologie pour connaître la cause des dispositions anatomiques normales. Vous saisirez l'utilité de l'anatomie comparée lorsque je vous aurai dit que les principaux stades par lesquels passe un organe chez l'embryon humain se retrouvent fixés chez tel ou tel représentant de la série zoologique. L'existence de la plupart des dispositions anatomiques anormales chez l'homme s'explique aussi parfaitement par l'embryologie et l'anatomie comparée. Toujours pour la même raison, il est nécessaire que nous en recherchions la cause ; ici encore, les exemples abondent.

Peut-être verrez-vous, à la salle de dissection, un homme dont les glandes génitales ne sont pas descendues dans les bourses mais se trouvent situées loin de là, dans l'abdomen, de chaque côté de la colonne lombaire. Disons-nous que c'est une exception et nous contenterons-nous de cette soi-disant explication ?

Non, nous ne dirons pas que c'est une exception parce que, comme l'a parfaitement dit Renan dans son discours de réception à l'Académie française, *le mot exception est antiscientifique*. Ce qu'on appelle exception est un phénomène dont une ou plusieurs conditions

sont inconnues. Or, les conditions qui déterminent la situation anormale des glandes génitales nous sont connues.

Le testicule se forme, en effet, dans un blastème situé en avant du corps de Wolff, de chaque côté de la colonne lombaire.

Lorsque la glande génitale mâle est constituée, elle subit un mouvement de migration qui l'entraîne vers le bassin ; ce mouvement l'amène bientôt à l'orifice interne du canal inguinal, puis dans ce canal lui-même, puis à son orifice externe et enfin dans les bourses dont elle gagne peu à peu le fond.

Si ce mouvement de migration n'a même pas été ébauché, la glande génitale mâle restera dans la région lombaire et ainsi s'expliquera, très simplement, cette disposition, étrange à première vue, que nous avons observée.

Si le mouvement s'amorce mais ne s'achève pas, nous pourrions trouver la glande génitale mâle dans le bassin, à l'orifice interne du canal inguinal, dans ce canal ou au niveau de son orifice externe. Dans tous ces cas, nous dirons que le testicule est en ectopie et nous considérerons ces différentes ectopies comme les divers stades d'une évolution incomplète.

Est-il nécessaire que vous sachiez cela pour traiter convenablement une ectopie testiculaire? Certainement non. Vous n'avez pas besoin de connaître la migration de la glande génitale mâle pour savoir ce qu'il convient de faire d'un testicule ectopique dont un malade se plaint. Alors, aurait dit mon ami, dont je vous ai peut être déjà trop parlé, inutile de l'enseigner, cette migration de la glande génitale mâle. Mais aujourd'hui, il ne m'impressionnerait plus. Si, lui répondrai-je, il faut l'enseigner pour habituer les étudiants à ne pas se contenter d'apprendre et pour leur donner le désir de comprendre.

Pardonnez-moi, Messieurs, cette toute petite digression et revenons à nos anomalies. Il ne faudrait pas croire qu'elles s'expliquent toutes par l'embryologie et l'anatomie comparée. Il en est, en effet, dont nous ne pourrions trouver la cause dans l'étude de ces deux sciences, renoncerons-nous à la rechercher ? Vous laisserai-je croire qu'il est des dispositions dont il ne faut pas pénétrer le secret ? Non ! Ces dispositions anatomiques spéciales, je chercherai à vous les expliquer comme les autres et pour que vous compreniez mieux à quelles dispositions je fais allusion, je vais prendre un exemple.

Vous pénétrez dans la salle de dissection et vous apercevez le cadavre d'un homme qui retient votre attention par sa grande taille et surtout par le développement anormal de ses membres inférieurs proportionnellement beaucoup plus longs que ceux des individus normaux. Vous vous approchez, l'examinez de plus près et vous constatez que, bien qu'ayant déjà de nombreux cheveux blancs et paraissant avoir au moins cinquante ans, il est absolument imberbe. Sur ce corps, pas trace de poils, et, chose curieuse, ses mamelles sont développées comme celles d'une femme.

Un coup d'œil général vous montre que les reliefs musculaires sont peu marqués, les membres ont l'aspect fuselé, caractéristique du sexe féminin, enfin le bassin est évasé. Cet homme a les hanches saillantes comme celles d'une femme.

Nous aurons beau appeler à notre secours l'embryologie et l'anatomie comparée, elles ne pourront nous expliquer cet allongement anormal des membres inférieurs, cet évasement du bassin, cette absence de poil, ce développement des mamelles et cette faiblesse de la musculature. Tous ces phénomènes ont cependant une cause unique, assez facile à mettre en évidence, comme vous allez le voir.

Regardez de près les organes génitaux de cet homme étrange, remarquez combien la verge est petite et les bourses peu développées. Prenez un scalpel, mettez à nu le testicule, vous verrez qu'il est de taille très réduite, beaucoup plus dur que le testicule normal et que, sur une coupe macroscopique, il paraît uniquement formé de tissu fibreux. Si vous en faisiez quelques coupes microscopiques, vous verriez qu'en effet, ce testicule est un bloc fibreux ne renfermant aucune cellule interstitielle et dans lequel on aperçoit çà et là quelques tubes séminifères à peine reconnaissables car ils ne renferment aucun des divers représentants de la lignée spermatogénétique. Le testicule de cet homme ne pouvait donc pas fonctionner. Voilà la cause première de toutes les modifications que nous avons observées.

Cette affirmation demande à être étayée par quelques faits, Rien de plus facile.

L'homme dont nous nous occupons, répond à un type connu. C'est un castrat naturel. Pour savoir si tous les signes que nous avons observés chez lui et qui le font différer d'un individu normal sont bien dus au

non fonctionnement du testicule, le meilleur moyen est de voir ce qui se passe chez l'homme lorsqu'on pratique l'ablation des glandes génitales.

Vous savez certainement que de nos jours encore, on castré, dans certains pays d'Orient, de jeunes enfants, surtout pour en faire des gardiens du sérail.

Ces individus, castrés jeunes, ces eunuques ont été étudiés par de nombreux auteurs et nous sommes aujourd'hui parfaitement renseignés sur les modifications organiques qu'entraîne l'extirpation des glandes génitales dans le jeune âge.

Les enfants castrés ne diffèrent guère de leurs compagnons normaux ; mais, lorsqu'arrive l'âge de la puberté, on ne voit se manifester chez eux aucun des phénomènes qui marquent cette période chez tous les jeunes gens ; pas de barbe, pas de poils, pas de modification sensible des organes génitaux, pas de changement dans le timbre de la voix, pas de développement de la musculature ; rien eu un mot de ces multiples transformations qui font un homme de l'enfant de la veille.

Si l'on prolonge l'observation des malheureux qui ont subi une semblable mutilation, on s'aperçoit qu'ils continuent à grandir alors que les hommes normaux ont terminé leur période de croissance et qu'ils atteignent tous une taille supérieure à la taille moyenne de la race à laquelle ils appartiennent.

Chose extraordinaire, les proportions entre la longueur des membres et celle du tronc se modifient rapidement. L'exagération de croissance porte, en effet, surtout sur les membres et plus particulièrement sur les membres inférieurs. Les eunuques ont de grands bras et des jambes immenses.

On voit encore, chez eux, le bassin s'évaser, les ailes iliaques se déjeter en dehors, ce qui rend leurs hanches saillantes et leur donne une allure féminine souvent complétée par le développement exagéré des seins.

Comme vous le voyez, les individus castrés jeunes, deviennent tout à fait semblables au castrat naturel dont je vous ai parlé tout à l'heure. Ce dernier n'a subi aucune mutilation, mais sa glande génitale ne s'étant pas développée et n'ayant pu fonctionner, il se trouve nécessairement dans le même état physiologique que les eunuques orientaux.

L'étude des os montre que les ressemblances entre le castrat naturel et l'eunuque ne sont pas seulement superficielles. Chez tous deux, en effet, la plupart des épiphyses des os longs ne se soudent jamais aux diaphyses. Chez tous les deux aussi, les cartilages de conjugaison prolifèrent beaucoup plus longtemps que chez les individus normaux et c'est là qu'est l'explication de leur taille élevée.

Je ne crois pas nécessaire de m'étendre plus longuement sur les ressemblances qui existent entre l'eunuque et le castrat naturel. Nous en savons assez pour affirmer que les modifications importantes déterminées dans l'organisme du castrat naturel, notre exemple, sont uniquement dues au non développement du testicule.

Je regrette pourtant d'abandonner ce castrat naturel sans l'avoir fait parler devant vous, mais je crains que la fiction ne vous paraisse un peu grossière, bien que Lucien ait écrit un dialogue des morts et que vous ayez tous entendus longuement parler des conversations d'Enée avec les habitants des enfers.

Vous l'entendrez parler cependant, ce castrat naturel, mais c'est à l'hôpital où il viendra réclamer vos soins pour une fracture due à l'état spécial du squelette de ses membres. Quand vous verrez arriver cet homme de haute taille, voûté, les jambes longues, les bras ballants, imberbe et peu musclé, vous vous rappellerez les notions acquises à la salle de dissection et vous saurez tout de suite quelle est la cause de son état. Vous resterez cependant stupéfaits quand vous entendrez sortir de ce grand corps une voix grêle et aiguë rappelant celle de l'enfant, une voix indéfinissable et si spéciale qu'on lui a donné un nom particulier. Ainsi se relieront les notions anatomiques aux notions cliniques et peut-être comprendrez vous que le médecin doit élargir autant qu'il le peut la base de ses connaissances et que la science médicale est un édifice trop lourd pour être placé sur des fondations légères.

Vous voyez, Messieurs, qu'en recherchant la cause des phénomènes observés, vous aurez non seulement l'avantage de prendre une tournure d'esprit particulière, celle-là même que vous devez apporter dans les hôpitaux, mais qu'en outre, vous vous instruirez et vous préparerez à suivre d'une manière vraiment fructueuse, les cliniques médicales ou chirurgicales.

Après ce que je viens de vous dire, vous ne vous étonnerez pas si

j'ajoute que le médecin doit connaître la place que l'homme occupe dans la nature et si je prétends qu'il n'a pas le droit d'ignorer les faits qui touchent au grand problème de l'origine ou de la descendance de l'homme.

Qui donc leur fera connaître sinon le professeur d'anatomie ?

Le temps que nous accordent les programmes et l'étendue des notions que je dois vous enseigner ne me permettront pas d'insister sur ces questions. Je devrai donc rapidement vous expliquer comment on a pu conclure des travaux de nombreux biologistes et, en particulier, des recherches de Lamarck et de Darwin, que l'ontogenèse est le résumé de la phylogenèse ; me contenter de développer devant vous cette proposition et de vous exposer rapidement les faits sur lesquels elle s'appuie.

Tirerai-je de cet exposé une conclusion ferme et définitive ? N'y comptez pas, Messieurs, car j'estime que mon rôle consiste bien plutôt à vous faire connaître des faits qu'à vous enseigner des théories.

En agissant ainsi, je serai d'accord avec beaucoup de bons esprits, et, en particulier, avec M. Morel qui fut le dernier professeur d'anatomie de la Faculté de médecine française de Strasbourg. « *Il faut, disait-il, mettre en lumière les faits bien établis, sans trop se préoccuper de les rattacher à telle ou telle théorie régnante car, je crois qu'en pareille matière, il faut rejeter le dogmatisme et laisser à chacun le soin de conclure d'après ses propres appréciations* ».

Je suis heureux que cette citation me permette d'évoquer, au cours de ce premier entretien, le souvenir de la Faculté de Strasbourg. Notre Faculté est son héritière et cette situation lui crée des devoirs particuliers. Au moment où je prends possession d'une chaire à la Faculté de médecine de Nancy, je tenais à dire que je ne l'avais pas oublié.

Et maintenant, Messieurs, pourrai-je considérer ma tâche comme parfaitement remplie lorsque je vous aurai enseigné l'anatomie humaine en vous en montrant les principales applications médico-chirurgicales, lorsque j'aurai développé en vous l'esprit d'observation et que je vous aurai appris à rechercher la cause des phénomènes observés ? Je ne le crois pas. Il me restera un dernier effort à faire.

Messieurs, c'est une des grandes faiblesses de l'homme de vouloir tout juger sans rien connaître. Son esprit est ainsi fait qu'il sent l'impérieux besoin d'avoir un avis sur toute chose et ce n'est malheureusement pas seulement dans les salons qu'on entend solutionner les plus graves problèmes par des hommes qui possèdent à peine les notions suffisantes pour leur permettre de formuler une timide hypothèse. Vous êtes des hommes, et, par conséquent, vous avez ce péché originel. Lorsque vous serez médecins, vous vous trouverez inévitablement amenés à donner, dans des cas nombreux, un avis ferme et catégorique et, si vous ne réagissez pas, peu à peu, vous vous habitueriez à tout solutionner, vous auriez rapidement des opinions immuables sur toutes choses et lentement vous en arriveriez à nier l'évidence même si l'occasion s'en présentait.

Voilà l'abîme vers lequel vous êtes attirés et dans lequel nous devons vous empêcher de tomber. Aussi, est-ce dès maintenant que doit vous être donné le moyen d'éviter une si lamentable chute. Je vous dirai donc, à vous qui entrez dans cette Faculté, qu'il ne faudra pas la quitter plus tard, persuadés que tout ce qu'on vous y a enseigné constitue une base sur laquelle vous pourrez construire sans jamais en vérifier la solidité. Sachez, au contraire, qu'il ne faut jamais admettre, sans conteste, ce que l'on vous enseigne et rappelez-vous toujours que de la bouche d'un maître peuvent tomber des erreurs aussi bien que des vérités, ce maître s'appelât-il Pasteur ou Claude Bernard. C'est, qu'en effet, la science n'est pas uniquement faite de notions indiscutables et définitivement acquises ; elle en renferme d'autres beaucoup moins solidement établies que nous considérons aujourd'hui comme exactes et qui seront peut-être demain démontrées fausses. La science, s'approchant ainsi chaque jour de la vérité, est en perpétuelle évolution et lorsque vous passez à la Faculté, nous ne pouvons que vous la montrer telle qu'elle est à ce moment.

Ne me croyez donc jamais sur parole, discutez ce que je vous enseigne, demandez-moi des preuves de mes affirmations. Ainsi s'établira entre nous, cette intimité nécessaire à tout enseignement véritable ; vous vous habituerez, en outre, en agissant ainsi, à réfléchir sur les notions qui vous seront exposées, à les contrôler et à

ne pas les admettre comme vraies, parce qu'elles vous auront été enseignées du haut d'une chaire, mais parce que vous les aurez vous-mêmes reconnues justes.

Vous apprendrez ainsi combien il est difficile de mettre au jour la vérité, et, devenus plus modestes, vous hésitez à donner un avis catégorique sur une question si vous ne l'avez pas sérieusement et complètement étudiée.

Commençant à craindre l'erreur, vous vous abstenrez de ces insolentes affirmations étayées sur de vagues hypothèses ou soutenues par l'argument d'autorité et qui devraient rester l'apanage de l'extrême jeunesse ou de l'ignorance.

Renonçant à exercer uniquement votre mémoire, vous chercherez à vous faire une opinion raisonnée sur tout ce qui vous entoure, vous développerez votre personnalité et vous deviendrez dignes de la confiance que les hommes accordent au médecin parce que vous serez réellement devenus supérieurs au plus grand nombre.

Je termine, Messieurs, en exprimant un vœu doublement justifié par l'époque de l'année où nous nous trouvons et par la facilité qu'il me donne de me résumer en quelques mots. Je voudrais qu'on puisse dire de vous, suivant une vieille et charmante expression ce sont des « *curieux de la nature* ».

Texte publié dans les « Annales médicales de l'Est » (1908 – p. 97-114)

Pol Bouin



Leçon inaugurale : 1908

Je prends possession de la chaire d'histologie avec quelque appréhension et aussi avec reconnaissance. C'est en effet un dangereux honneur que de recueillir la succession de M. le Professeur PRENANT à cette faculté de médecine. C'est une tâche lourde et difficile que j'assume dès aujourd'hui. Aussi bien, Messieurs, ai-je éprouvé certaine hésitation avant de solliciter l'honneur d'obtenir cette chaire. Mais la joie de me retrouver dans mon ancien milieu, dans la bonne sympathie de mes premiers maîtres devenus mes collègues, dans le cadre familial de mon ancien laboratoire, dans la cordiale affection de très vieux amis, a fini par me décider à quitter notre jeune université africaine, son ciel enchanteur, son site merveilleux et mes excellents et regrettés collègues de l'Ecole de médecine. J'ai accepté les charges et les responsabilités de cette succession avec le sincère désir de bien faire et de chercher si possible à conserver intact l'héritage scientifique que je vais trouver au laboratoire de Nancy.

C'est aussi, Messieurs, avec un sentiment de vive reconnaissance que je prends aujourd'hui la parole devant cette assemblée. Je ne puis oublier, en cette circonstance solennelle, l'intérêt et l'amitié dont le Professeur Prenant a bien voulu m'honorer. Je lui dois toute mon éducation scientifique et c'est le meilleur des titres dont je puis

aujourd'hui me prévaloir devant vous. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respectueux attachement.

C'est aussi pour moi un plaisir et un devoir que de remercier mes autres maîtres de la Faculté de médecine. Je leur dois tout le reste de mon éducation biologique et médicale. Je me rappelle avec bonheur les moments heureux passés dans l'intimité de leurs cliniques et de leurs laboratoires. Je les remercie de la confiance unanime qu'ils m'ont témoignée quand je me suis soumis à leurs suffrages, quand ils ont bien voulu me désigner au choix des membres du Conseil supérieur et de Monsieur le Ministre de l'Instruction publique. Je les prie d'accepter, ainsi que ces derniers, l'expression de toute ma reconnaissance. Je l'adresserai en particulier à M. le Recteur de l'Académie de Nancy et à M. le Doyen de la Faculté de médecine auprès desquels j'ai toujours trouvé le plus bienveillant appui. A vous aussi, Messieurs et chers Elèves, je veux vous adresser aujourd'hui tous mes meilleurs souhaits. Vous m'avez témoigné votre sympathie au moment de notre séparation ; laissez-moi vous exprimer la mienne au moment de mon retour, vous dire avec quelle satisfaction je reviens au milieu de vous tous, et vous exprimer l'espoir que nos relations seront, comme autrefois, toujours bonnes et cordiales.

Messieurs, avant d'entrer dans le sujet de ma première leçon, j'ai tout d'abord le devoir de rappeler le souvenir des anciens titulaires de cette chaire, MM. Morel, Baraban et Prenant.

MOREL a été le premier Professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy. Il fut chargé d'un cours complémentaire, au moment où la Faculté de Strasbourg s'installait dans la capitale lorraine, apportant avec elle ses énergies toujours vivaces et ses belles traditions. Il fut nommé professeur en 1879, après le décret qui instituait les chaires d'histologie et séparait cet enseignement de celui de l'anatomie. Cet excellent et premier maître conserva sa chaire jusqu'en 188 et fut remplacé par le regretté professeur BARABAN.

Celui-ci était un agrégé de la section chirurgicale qui avait pris, dans le laboratoire de M. le Professeur FELTZ, une connaissance approfondie des choses du microscope. Il resta professeur d'histologie jusqu'à la mort de M. Feltz, auquel il succéda à la tête du

service d'anatomie pathologique. La mort prématurée et douloureuse de ce maître consciencieux, modeste, dévoué à son enseignement et à ses élèves, fut pour nous tous un deuil inoubliable. En rappelant son souvenir de cette chaire qu'il a si longtemps et si dignement occupée, je serai certainement votre interprète, Messieurs, en adressant à sa mémoire l'hommage de nos sincères regrets et de notre respectueuse

Le Professeur PRENANT lui a succédé en 1894 et a conservé l'enseignement de l'histologie et la direction du laboratoire jusqu'en novembre 1907. Il était, il y a quelques mois à peine, appelé à prendre place dans la chaire illustre des Professeurs Charles Robin et Mathias Duval. Il nous quittait en pleine maturité de sa science, au moment où son activité féconde donnait le plus de promesses, au moment où la Faculté de Nancy avait le droit d'être la plus heureuse de le posséder. Toutefois, Messieurs, le Professeur Prenant ne nous a quittés qu'après bien des hésitations. Il était attaché à sa famille histologique, suivant son affectueuse expression, à sa bonne Faculté de Nancy, par des sentiments pour ainsi dire paternels pour la première et filiaux pour la seconde. Ce n'est pas sans regrets qu'il a porté ailleurs sa science et son activité ; mais les biologistes français sont heureux de sa détermination : les intérêts de l'histologie à la Faculté de Paris et, par contre-coup, dans les autres Facultés françaises, ne pouvaient être confiés à de meilleures mains.

Je ne vous dirai rien du savant, de ses travaux, de ses œuvres didactiques, de la part importante qu'il a prise aux progrès de la biologie dans notre palis. Je rappellerai seulement le souvenir du Professeur désintéressé qui a fait de sa mission un véritable sacerdoce ; du Maître estimé et aimé dont le laboratoire a réuni toute une pléiade de fidèles disciples ; de l'auteur infatigable dont les ouvrages présentent un si grand intérêt par l'esprit philosophique qui les domine et qui les vivifie ; de l'homme bon et dévoué qui distribuait sans compter autour de lui les trésors de sa science et ceux, plus précieux encore peut-être, d'une amitié délicate et sûre.

Messieurs, je suis certain d'être en harmonie de pensée avec vous en adressant à notre ancien Maître le souvenir respectueux et affectueux de ses élèves et en lui souhaitant de trouver dans son nouveau milieu scientifique et universitaire, toutes les satisfactions qu'il est en droit

d'en attendre.

Je désire maintenant, Messieurs, avant d'entreprendre le cours d'histologie et d'entrer dans le domaine des faits, vous exposer les idées générales qui présideront à ces leçons. Je veux examiner avec vous quelle est la place actuelle de l'histologie dans le domaine des sciences biologiques, quelle est son évolution, et quelle influence l'orientation nouvelle de cette science doit avoir sur notre enseignement.

L'histologie était, il y relativement peu de temps, une science purement descriptive et humaine. Limitée dans son objet, elle l'était aussi dans ses ambitions et ses tendances. Elle était alors considérée surtout comme un prolongement de l'anatomie descriptive, comme une anatomie plus fine, plus délicate, plus pénétrante, comme une anatomie microscopique en un mot. Cette façon d'envisager la science histologique, surtout dans les Facultés de médecine, se comprend aisément. Les premiers micrographes se sont préoccupés d'étudier tout d'abord la structure de l'Homme qui se présentait en premier lieu à leurs investigations et qui leur semblait digne, à juste titre, du plus grand intérêt. Ces recherches ont été tout de suite fécondes en résultats intéressants. L'architecture intime des tissus et des organes a été en grande partie élucidée grâce au labeur des premiers pionniers de la science histologique, comme Leydig, Koelliker, Rollot, Robin, Ranvier. Ces résultats ont été importants surtout au point de vue médical et anatomo-pathologique. En nous apprenant la disposition normale des tissus et des organes, ils ont permis de mieux comprendre leur fonctionnement et de se rendre un compte exact des déformations provoquées par la maladie ; l'histologie pathologique, a pu s'établir sur cette base fondamentale et fournir souvent l'explication des causes profondes des processus morbides.

Les horizons de la science histologique ainsi comprise sont forcément bornés ; elle peut difficilement apercevoir les territoires des sciences voisines ; elle prend peu de contact avec la biologie générale. Mais une évolution féconde en résultats, féconde surtout en promesses, ne tarde pas à se faire. Elle se produit aussitôt que les

histologistes abandonnent l'étude exclusive de l'Homme et des Mammifères, étendent le champ de leurs investigations, suivent le développement des organes, comparent la structure des organes homologues dans la série animale, analysent les éléments ou les tissus pendant les différentes phases de leur fonctionnement, en un mot, aussitôt qu'ils abordent l'étude de l'histologie comparée, de l'histogénèse et de l'histophysiologie. Les résultats obtenus, grâce à cette méthode de recherches, présentent tout de suite une importance si considérable que l'histologie devient une science essentielle, une des plus précieuses pour scruter les phénomènes fondamentaux de la matière vivante, pour nous apprendre, non seulement la structure, mais encore la signification morphologique et même physiologique des cellules et des organes,

L'histologie comparée appelle à son aide les notions fournies par l'étude des divers représentants de la série animale. Elle nous fait connaître des organes et des cellules dont la structure est particulièrement simple, schématique, dont les processus fonctionnels présentent une traduction morphologique évidente, dont les phénomènes cytologiques sont facilement lisibles. Elle nous met ainsi à même de comprendre des structures compliquées tout à fait indéchiffrables quand on s'adresse seulement aux espèces supérieures. C'est ainsi, par exemple, qu'on est parvenu à saisir certaines dispositions fondamentales du système nerveux, à constater du réseau nerveux, à comprendre la signification de la spermatogénèse et de l'ovogénèse, le rigoureux parallélisme de ces deux processus, la maturation et l'expulsion des globules polaires, à élucider le problème de la fécondation et ceux non moins essentiels de la régénération, de la croissance et de la division cellulaire. Et ce n'est là, Messieurs, qu'une bien incomplète énumération des conquêtes que nous a valu et que nous vaut tous les jours cette méthode de recherches si féconde.

L'histogénèse s'est montrée non moins féconde en résultats essentiels. Eu nous faisant suivre pas à pas l'évolution des organes, elle nous eu fait acquérir une connaissance approfondie. C'est elle surtout qui nous en apprend la signification morphologique. C'est le « fil d'Ariane » pour ainsi dire qui nous guide parmi les obscurs détours qu'une force edificatrice innée fait suivre à l'individu avant

de l'amener à son complet développement. C'est la seule méthode d'investigation qui nous permet de comprendre certaines architectures complexes en nous faisant assister à leur construction progressive ; qui nous fait prendre contact avec les multiples problèmes de l'ontogenèse ; qui nous montre chez l'embryon ces organes vestigiaires, témoins manifestes de structures et de fonctions disparues, et qui nous en fait saisir la signification ancestrale. Aussi est-elle venue ajouter une riche moisson de faits à ceux que les autres sciences biologiques nous ont révélés sur la transformation des organismes et l'origine des Espèces.

Non seulement, Messieurs, l'histologie et l'histogenèse proprement dites et comparées nous apprennent la signification morphologique des organes et des cellules ; mais elles doivent contribuer puissamment à nous faire connaître leur signification fonctionnelle. C'est vers ce but que doivent tendre tous leurs efforts. Il ne suffit pas en effet de démonter pièce à pièce et jusque dans ses plus infimes rouages la machine vivante ; il faut également en pénétrer le mystérieux mécanisme et chercher à saisir au sein des cellules les manifestations vitales élémentaires. Claude Bernard avait prédit la nécessité de cette étude : *« Le problème de la physiologie et de la pathologie générale a pour objet les parties les plus intimes et les plus essentielles d'un organe, les éléments des tissus... Il ne suffit pas de connaître anatomiquement les éléments organiques, il faut étudier leurs propriétés et leurs fonctions à l'aide de l'expérimentation la plus délicate ; il faut faire en un mot l'histologie expérimentale. »*

C'est là, Messieurs, une voie nouvelle qui s'ouvre devant les biologistes et les chercheurs aventureux qui s'y sont engagés ont fait des conquêtes scientifiques inattendues. C'est une science nouvelle par son objet, qui nécessite l'emploi de la technique microscopique ; par sa méthode expérimentale, qui est toute spéciale et particulièrement délicate ; par ses résultats, qui nous fournissent de nouveaux éclaircissements tout à la fois dans le domaine de la morphologie et dans le domaine de la physiologie générale.

Lorsque Hertwig, par exemple, mit en présence un œuf mûr et des spermatozoïdes, suivit pas à pas tous les processus de la fécondation,

constata qu'un seul spermatozoïde pénètre dans cet œuf, que son noyau se fusionne avec celui de la cellule femelle, que la segmentation suit ce phénomène, fit-il autre chose qu'employer la méthode de la physiologie cellulaire et n'a-t-il pas fourni une première réponse au grandiose problème de l'hérédité ? Lorsque les morphologistes ont observé l'évolution des éléments sexuels, leurs multiplications et leurs métamorphoses, ont montré que les gamètes mûrs sont des demi-cellules au point de vue nucléaire, destinées à se compléter mutuellement par l'acte de la fécondation, n'ont-ils pas fait œuvre tout autant de physiologistes que de morphologistes ? Lorsque Boveri sectionna un neuf mûr d'oursin en deux moitiés inégales, féconda la moitié sans noyau avec un spermatozoïde appartenant à une espèce voisine, mais différente, suivit le développement de cet œuf, constata que le produit de ce croisement hérite des caractères paternels seuls, démontra ainsi que la chromatine est le seul support des qualités héréditaires, n'obtint-il pas une réponse à une grande question de physiologie générale ? Lorsque Loeb et Delage placèrent des œufs mûrs d'oursin dans de l'eau de mer renfermant certaines substances chimiques, provoquèrent la division répétée de ces œufs et la formation d'embryons sans l'intervention d'aucun spermatozoïde, montrèrent que la fusion des deux noyaux mâle et femelle n'a rien à voir avec la segmentation, réaliseront en un mot une parthénogenèse expérimentale, n'ont-ils pas également obtenu des clartés nouvelles sur la cause du développement ? De même, Messieurs, lorsque Metchnikoff observa les mouvements des leucocytes, les vit, après Cohnheim et d'autres, crever la paroi et sortir des vaisseaux, se diriger vers des endroits déterminés d'espaces conjonctifs, les vit capter, englober et détruire les germes pathogènes, mit en évidence en un mot leurs propriétés chimiotactiques et phagocytaires, ne découvrit-il pas une fonction générale qui domine aujourd'hui toute la pathologie des maladies infectieuses ? Et à combien d'autres questions de physiologie cellulaire, Messieurs, ne pourrai-je pas faire allusion ici, tout aussi générales et tout aussi importantes.

Ce n'est pas seulement en expérimentant sur la cellule qu'on a obtenue des résultats fondamentaux. L'histologie des organes, en dévoilant leur structure complexe, aide à étudier les fonctions

souvent différentes des parties qui les constituent. Vous donnerais-je comme exemple saisissant les travaux du Professeur Laguesse sur les îlots de Langerhans du pancréas, travaux qui élucidèrent la structure de ces glandules microscopiques disséminées dans le parenchyme de l'organe, qui démontrèrent leur nature de glandes à sécrétion interne, nous apprirent leur action sur la glycogénie hépatique, firent la preuve que leur insuffisance provoque la glycémie, et qui enfin jetèrent un jour nouveau sur la question du diabète pancréatique ? Vous rappellerai-je les recherches du Professeur Heidenhain sur la fonction du tube urinifère, qui ont mis en évidence le rôle respectif du glomérule et du tube contourné et qui ont fait faire un grand pas à la question de la sécrétion urinaire ? Vous citerai-je également les observations récentes des élèves de Born sur le corps jaune, glande à sécrétion interne emprisonnée et masquée dans le parenchyme de l'ovaire, qui montrèrent son action sur les caractères sexuels femelles, sur la menstruation, sur la grossesse, sur l'établissement de la puberté, sur le déterminisme de la ménopause, en un mot sur toute la physiologie génitale de la femelle ?

Vous citerai-je enfin les belles recherches du Professeur Nicolas sur l'absorption des matières grasses par les cellules intestinales, celles qui ont été réalisées sur l'influence trophique des nerfs, sur la dégénérescence wallérienne, sur la chromatolyse expérimentale des cellules nerveuses ?

N'avais-je pas raison de vous dire, Messieurs, que l'histophysiologie est une méthode de recherches qui doit fournir des résultats importants, que ce nouveau territoire scientifique est particulièrement fertile et que sa culture scientifique, pour ainsi dire, nous promet les plus riches moissons et nous fait concevoir les plus belles espérances ? Cependant, Messieurs, malgré ces progrès, on a presque le droit de dire que l'histologie, vis-à-vis de la physiologie, se trouve au point où en était l'anatomie avant Lavoisier et Haller. « *La physiologie, dit Claude Bernard, fut tout d'abord associée à l'anatomie dont elle semble être un simple corollaire. On juge des fonctions et des usages par la topographie des organes, par leurs formes, leurs connexions et leurs rapports... On constate qu'une glande sécrète, qu'un muscle se contracte ; le problème paraît résolu*

; on n'en demande pas l'explication, On a un mot pour tout, c'est le résultat de la vie. » Il en était à peu près de même pour l'histologie jusque dans ces dernières années. La préoccupation exclusive des micrographes a été de pénétrer d'une manière toujours plus précise dans l'architecture des cellules et des organes. Ils sont avant tout des morphologistes ; ils se préoccupent peu de la fonction des éléments livrés à leurs investigations, et s'ils s'en préoccupent, c'est pour la déduire le plus souvent de leur forme et de leurs rapports. A côté de cette histologie, pour ainsi dire statique, prend place maintenant une histologie pour ainsi dire dynamique, qui doit emprunter sa méthode tout à la fois à la morphologie microscopique et à la physiologie. Il y a là un large terrain d'entente où physiologistes et histologistes peuvent se rencontrer à se prêter un mutuel appui.

Telles sont exposées d'une façon beaucoup trop succincte et incomplète les tendances actuelles de l'histologie. Vous voyez, Messieurs, que de nouveaux horizons se sont ouverts à perte de vue devant elle et qu'elle a le droit d'occuper sa large place parmi les sciences qui ont pour objet l'explication de la vie, Ceci m'amène naturellement à envisager le dernier point de vue auquel je voulais me placer. Je veux me demander maintenant quelle influence l'orientation nouvelle de l'histologie doit avoir sur l'enseignement de cette science.

Il est bien certain que nous ne devons jamais perdre de vue, nous autres professeurs des facultés de médecine, que notre enseignement doit être pratique avant tout et doit avoir pour objet essentiel, pour préoccupation fondamentale, de vous mettre à même de comprendre, de diagnostiquer et de soigner les maladies. Il est évident que la première nécessité, pour vous étudiants, est de connaître parfaitement la structure de l'organisme humain qui est et demeurera notre étude fondamentale. Mais je ne crois pas que nous devions nous contenter d'étudier la structure des organes de l'Homme et des Mammifères. Je crois nécessaire, au contraire, de faire quelquefois des incursions dans le domaine de l'histogénèse, de l'histologie comparée et aussi de l'histophysiologie. Nous y trouverons de grands avantages d'une part au point de vue didactique et d'autre part au point de vue de votre culture biologique générale.

Pour ne pas être évidents à première vue, les avantages didactiques de cette façon d'envisager l'enseignement de l'histologie n'en sont pas moins indéniables. Quelle différence d'intérêt, Messieurs, pour le maître et pour les élèves, suivant qu'on envisage certaines questions au point de vue étroit de l'histologie pure, de l'histologie humaine, ou suivant qu'on les envisage à un point de vue beaucoup plus large, en étendant l'horizon scientifique, et en projetant sur elle les notions lumineuses fournies par l'histophysiologie et l'histologie comparée ? Prenons pour exemple la glande germinative femelle ou ovaire. Que nous apprend la description de l'ovaire adulte des Mammifères ? Elle nous apprend que cet organe est formé d'un parenchyme fibreux et d'une couche périphérique tapissée par un épithélium germinatif ; que cette couche périphérique renferme des ovules ; que ces ovules sont eux-mêmes renfermés dans des follicules à divers états de leur développement et dont la structure est très complexe ; que des formations glandulaires, ou corps jaunes, se rencontrent quelquefois dans le parenchyme ovarien. Ce sont là presque toujours les seuls faits qui vous sont décrits dans les traités d'histologie avec un luxe de détails souvent inutiles. Eh bien, Messieurs, cette étude vous laisse ignorer le processus qui domine toute l'histologie de l'ovaire ; elle ne vous apprend rien sur l'évolution de l'œuf ou ovogenèse, rien sur la maturation, rien sur la formation des neufs ; elle ne vous apprend pas, absolument pas, ce que c'est qu'une glande germinative femelle. Et vous vous rappellerez, Messieurs, difficilement tous ces faits. Votre mémoire se débarrassera bien vite de ces notions arides parce que la signification de tous ces éléments ne vous aura pas été fournie. Quelque approfondie et consciencieuse que soit cette étude, elle ne peut vous donner que des notions générales peu nombreuses, incertaines, et à chaque pas de cette étude, à propos précisément des questions les plus intéressantes, nous rencontrons des difficultés insurmontables.

Combien plus nettes, plus générales, plus faciles à obtenir seront ces données si nous appelons à notre aide l'histologie comparée. Si nous nous adressons à certaines espèces inférieures, nous obtenons tout de suite des notions fondamentales. Nous pouvons suivre tout le déploiement du processus ovogénétique, nous en observons avec

facilité toutes les étapes successives et comprenons leur signification ; nous saisissons que la première a pour résultat de multiplier le nombre des jeunes cellules-neufs, que la deuxième a pour objet d'emmagasiner dans leur substance des matériaux de réserve, aliment du futur embryon, que la troisième réduit de moitié la quantité de chromatine du noyau ovulaire et le prépare à l'acte de la fécondation. Voilà, Messieurs, les faits essentiels que l'histologie comparée, entre les mains de Van Beneden et Hertwig a pu mettre en évidence ! C'est seulement grâce à ces découvertes que nous avons pu reconstituer et comprendre le cycle de l'ovogenèse chez les Mammifères ; mais, d'autre part, il a fallu faire l'étude histogénétique de l'ovaire pour la suivre dans son ensemble et en retrouver les diverses périodes. Chez les Mammifères, en effet, l'ovogenèse se poursuit pendant toute la durée du développement jusqu'à l'état adulte peuvent se bercer les plus séduisantes chimères. Je voudrais aussi que vous soyez persuadés avec force que les sciences que nous vous présentons au début de vos études sont la base nécessaire d'une médecine sûre d'elle même. Mais je désire aussi que vous conceviez bien la relativité de vos connaissances, que vous ayez conscience de l'inconnu scientifique qu'elles peuvent vous masquer plus ou moins complètement et que vous preniez le sentiment tout à la fois de la grandeur et de l'extrême modestie de nos conquêtes biologiques. Messieurs, en apportant cette tournure d'esprit à vos études, vous obtiendrez un complément indispensable de votre éducation qui fera de vous des hommes qui auront gagné le sens des phénomènes biologiques et qui seront dignes de la profession médicale dont ils auront la science et la philosophie. Vous gagnerez ainsi, au cours de vos études, un véritable esprit scientifique avec les connaissances pratiques nécessaires, et vous saurez ne pas obéir étroitement au seul souci de l'utilitarisme professionnel. Quant à moi, c'est vers cet idéal que je dirigerai tous mes efforts. Vous serez mes meilleurs juges, et ce sera à vous de me dire plus tard si j'ai réussi.

Texte publié dans la « Revue médicale de l'Est » (1908 – p. 161-174)

Joseph Schmitt



Leçon inaugurale : 1910

Ma première parole dans cet amphithéâtre doit être une parole de remerciement et de reconnaissance à mes collègues qui, avec une unanimité dont je suis profondément touché, m'ont appelé à cette distinction suprême de succéder, dans cette chaire de clinique médicale, au maître éminent que nous regrettons tous et que nos vœux accompagnent dans une retraite, dont l'heure a sonné, paraît-il, contre toute vraisemblance, mais que nous persistons malgré tout à trouver prématurée.

Je ne veux pas refaire ici l'éloge de M. le Professeur BERNHEIM ; d'autres et de plus qualifiés s'en sont acquittés. Je ne redirai ni la somme immense de son labeur scientifique, ni ses importantes découvertes en psychopathologie, ni les grands services que depuis quarante ans il a rendus à l'enseignement, ni l'éclat que son nom a jeté sur notre Faculté de médecine ; d'autant que la liste de ses travaux et de ses services n'est certainement pas close, et que de m'y arrêter, je risquerais de sentir trop vivement la lourdeur de la tâche que j'ai assumée. Tout ce que je veux vous dire, c'est que, n'ayant pas la prétention de remplacer M. Bernheim, je bornerai mon ambition à marcher sur ses traces, je m'efforcerai de mon mieux de suivre son exemple, l'exemple de son assiduité à la tâche quotidienne, de l'indépendance de ses convictions scientifiques, de sa sollicitude

toujours en éveil pour ses malades, de son dévouement toujours prêt pour ses élèves.

J'aurai pour me guider l'exemple aussi de mes très distingués collègues dans les hôpitaux et celui de mon premier maître en clinique, le Professeur Victor PARISOT, dont il m'est doux d'évoquer ici la chère mémoire, et à qui j'adresse vers l'au-delà mon plus affectueux, mon filial souvenir.

Permettez-moi aussi, Messieurs, un mot de regret pour cet enseignement de la thérapeutique auquel, pendant vingt et un ans, j'avais consacré tous mes efforts, qui m'a donné tant de satisfaction, et m'a valu, j'ose le dire, de si précieux encouragements. Si, pour des raisons et sous des pressions que je n'ai pas à discuter ici, il se trouve découronné pour l'instant, j'espère bien qu'à la première occasion, nous pourrons lui faire restituer ce titre d'enseignement magistral qu'il garde dans toutes les autres Facultés françaises et qui lui revient à tous égards ; car, je crois pouvoir l'affirmer avec quelque connaissance de cause, parmi tous nos enseignements, c'est à coup sûr l'un des plus utiles, l'un des plus indispensables à la formation du futur médecin. Je ne me console de l'avoir quitté que parce que je trouve ici la possibilité de réaliser pratiquement les idées et les méthodes que j'ai si longtemps préconisées dans un autre amphithéâtre.

Et maintenant, Messieurs, vous ferai-je ce qu'on est convenu d'appeler une leçon d'ouverture, c'est-à-dire, suivant le mode consacré, une dissertation plus ou moins savante sur le développement historique, la valeur intrinsèque ou l'utilité pratique des questions que l'on va étudier ? A l'égard de certaines branches des sciences médicales, et la thérapeutique est de ce nombre, l'ignorance des uns, le scepticisme des autres, l'incompréhension de beaucoup ont répandu, parmi les profanes et même parmi les médecins, des préjugés et des erreurs qu'il peut être nécessaire de combattre dans une leçon d'introduction. Aussi avais-je pris l'habitude jusqu'ici, au début de mon cours, de dire aux élèves ce qu'est, ce que doit être, ce que peut être la thérapeutique ; de leur montrer que l'enseignement de la thérapeutique n'est pas, comme on le croit parfois, une revue fastidieuse des drogues qui encombrant les

pharmacies ; que parmi nos moyens d'action, l'acte médicamenteux, quelquefois décisif, n'est le plus souvent qu'un élément accessoire et secondaire ; que la thérapeutique est avant tout une affaire de raisonnement et non pas un acte réflexe qui, à l'appel du nom d'une maladie, fait sortir de notre plume une formule toute prête ; qu'elle est, en un mot, la science des indications et l'art de les remplir à l'aide de tous les moyens physiques, chimiques, biologiques, diététiques, psychiques, que nous avons à notre disposition.

Je leur disais que, ne pouvant me résoudre, même pour répondre à des désirs exprimés en haut lieu et sous prétexte de parcourir tout le programme, à réduire un enseignement supérieur à la récitation banale de quelque manuel, j'avais l'ambition, tout en limitant mon sujet, de leur fournir une méthode, un plan d'étude, de leur apprendre à penser, pour leur permettre bientôt d'agir thérapeutiquement, et ainsi prémunis dès l'abord contre certaines idées fausses, les élèves savaient ce qu'ils pouvaient trouver dans mon cours et ce qu'ils ne devaient pas y chercher.

Mais les études cliniques, Messieurs, est-il vraiment besoin de les défendre et d'en montrer devant vous, futurs médecins, l'inéluctable nécessité ? Sans doute à notre époque où certains cherchent à établir une sorte d'antagonisme méprisant entre la Science et la pratique, pourrez-vous trouver, pour en médire ou la traiter avec une hauteur dédaigneuse, quelques esprits forts, noyés dans les abstractions ou plongés dans des spéculations nébuleuses, ne s'intéressant qu'à la pathologie dans l'espace et ne connaissant en fait de maladies, que celles qu'ils peuvent créer artificiellement sur un kilogramme de souris, de cobaye ou de singe. Laissons-les dire ; il est certaines mentalités irréductibles avec lesquelles il est inutile de discuter.

Pour tout homme réfléchi que n'égare ni la passion ni l'orgueil, pour tout médecin surtout, quelle que soit d'ailleurs l'orientation spéciale qu'il a pu donner à son activité et à ses études, il est de toute évidence que la clinique, c'est-à-dire, suivant la vieille définition de Littré, la médecine qui se fait sur le malade et au lit du malade, la clinique qui nous met brutalement en face de réalités morbides, en constante évolution et que nous ne sommes pas libres de faire varier, suivant notre convenance, la clinique, dis-je, reste toujours la grande école du médecin ; vers elle doit tendre pour y chercher son application, tout ce

que nous connaissons déjà et tout ce que nous découvrirons encore en anatomie, en physiologie, en pathologie, en physique, en chimie, en matière médicale, en biologie, pour arriver à ce résultat qui est, n'est-il pas vrai, le but suprême de la médecine et la conclusion ultime de toute science médicale : diagnostiquer l'affection dont souffre un malade déterminé ; en établir la forme, l'évolution et le pronostic; réaliser enfin, au fur et à mesure qu'elles se présentent, les indications thérapeutiques pour aboutir à la guérison ou du moins au soulagement du malade.

Diagnostic, pronostic, traitement : telles sont les trois faces indissociables du problème clinique souvent complexe et toujours nouveau, parce qu'il porte non sur une maladie, mais sur un malade avec son individualité propre, sa constitution originelle, ses tares familiales, ses réactions particulières, ses forces de résistance, ses passions et ses faiblesses, toutes choses qui impriment à sa maladie un cachet et une allure vraiment spécifiques.

Or, la solution de ce triple problème, cette tâche journalière du praticien, vous ne la trouverez entière ni dans les traités dogmatiques ni dans les procédés du laboratoire ; elle ne vous apparaîtra complète que grâce à l'expérience lentement et patiemment acquise au lit d'hôpital, à force d'avoir vu, regardé, interrogé, écouté, examiné, suivi et traité des malades.

Et c'est pourquoi, aujourd'hui comme hier, comme autrefois, la clinique vit plus d'actes que de discours, plus d'observation patiente que de théories hasardeuses, et que c'est vraiment forcer les termes, au risque de fausser les idées, que d'opposer, comme on l'entend faire à tout propos, la clinique *moderne* à la clinique *ancienne*. Je m'explique.

Celui qui a fréquenté les salles de clinique il y a une quarantaine d'années et y retourne aujourd'hui est bien forcé de convenir qu'il y a quelque chose de changé.

Autrefois, au temps de mes premières études médicales, l'élève désireux de s'instruire passait deux heures au moins le matin, une heure et plus le soir à examiner des malades ; il s'exerçait, sous la direction d'un maître, à un interrogatoire minutieux, une observation

attentive, use exploration méthodique de tous les appareils ; l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation d'une part, et d'autre part un sablier, un thermomètre, un stéthoscope et quelques réactifs pour analyser les urines, constituaient à peu de chose près tous nos moyens d'investigation, toute notre instrumentation clinique ; et cependant on arrivait le plus souvent au diagnostic, et l'on reconnaissait une fièvre typhoïde, une pleurésie, une néphrite, une scarlatine, une pneumonie, une tuberculose, une cardiopathie, un tabès ; et avec ces seuls moyens, Laennec, Corvisart, Rostan, Andral, Bouillaud et tant d'autres avaient fait de la clinique française la première clinique du monde, et Trousseau avait pu écrire : « *La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* », ce chef-d'œuvre qui n'a jamais été surpassé ni égalé même et qui doit être actuellement encore le livre de chevet du clinicien.

Aujourd'hui on interroge encore le malade. On le percute, on l'ausculte ; mais tant qu'il n'entend parler que de sonorité ou de matité, de râles secs ou humides, de souffles cardiaques ou bronchiques, d'exagération ou d'abolition des réflexes, l'élève même, et je dirais, surtout le meilleur, paraît écouter d'un air indifférent et presque dédaigneux : simple empirisme que tout cela, vieux souvenirs de la clinique d'autrefois. Mais que résonnent les mots à grande allure : opsonines, catalases, anaphylaxie, hémolyse, cytotoxines, ponction lombaire, formules leucocytaires, cyto ou sérodiagnostic, cryoscopie, réaction de fixation, radiogramme, immédiatement l'attention s'éveille, les visages s'épanouissent : la voilà la vraie clinique, la clinique scientifique, la clinique moderne.

Et cependant, il n'y a qu'une seule clinique, qui a suivi la marche normale, le développement habituel, l'évolution progressive de toute science d'observation, s'édifiant sur les remarques superficielles et grossières des premiers médecins, s'enrichissant de l'expérience de tous les âges, mettant à profit les découvertes des autres sciences pré-médicales ou paramédicales, corrigeant l'imperfection des sens par l'adoption d'une instrumentation de plus en plus délicate, piétinant parfois sur place ou n'avancant longtemps qu'à pas comptés ou reculant même ; puis, sous l'influence d'un heureux hasard ou d'une intuition de génie, s'élevant rapidement vers de nouveaux horizons avec des moyens

insoupçonnés jusque-là-et dont l'apparente précision fait souvent exagérer la véritable valeur.

Pendant des siècles, le médecin n'avait eu, pour établir son diagnostic, que les renseignements recueillis de la bouche du malade et les indications fournies par son observation personnelle. Mais aussi avec quelle méthode, il conduisait son interrogatoire, avec quelle patience et quel soin il faisait l'éducation de ses sens ! Aucun détail ne lui semblait indifférent ; ni l'aspect général du corps, ni l'éclat du regard, ni la coloration des joues, ni la teinte du visage, ni l'enduit de la langue, ni la quantité, la couleur, l'odeur et même la saveur des urines et des autres sécrétions ou excréments ; comme son oreille exercée savait fixer par une image parfois subtile, les différences de tonalité, d'intensité ou de timbre des bruits perçus au niveau du poumon ou du cœur ; son doigt apprécier les moindres modifications de rythme, de forme, de résistance des pulsations artérielles, et sa main ressentir les impressions diverses que donne au palper la chaleur fébrile.

Mais un jour, pour respecter une pudeur féminine, Laennec imagine d'interposer entre son oreille et la poitrine de la patiente un cahier de papier enroulé en tube, et désormais le stéthoscope permettra de mieux saisir les signes d'auscultation et d'en localiser plus nettement le lieu d'apparition. Baerensprung, Traube, Wunderlich ont l'idée de mesurer au thermomètre, à des heures fixes et régulières, la température du malade, et dès lors des tracés thermiques sont annexés à chaque observation et constituent parfois de précieux éléments de diagnostic. Vierordt et Marey font passer à la clinique les appareils graphiques utilisés en physiologie, et le cardiographe, le sphygmographe, le sphygmomanomètre apportent une précision nouvelle à la séméiologie du cœur et des vaisseaux, à l'étude du pouls et de la pression artérielle.

La chimie était venue, la première parmi les sciences de laboratoire, apporter son concours à l'analyse qualitative et quantitative des éléments normaux et anormaux de l'urine ; peu à peu elle étend ses recherches à d'autres sécrétions, à d'autres humeurs, et, par ses investigations coprologiques, se propose de rénover, disons mieux d'établir le diagnostic des dyspepsies intestinales.

Puis ce sont les courants électriques appliqués par Duchenne, de

Boulogne, et par Erb, à l'étude des réactions musculaires et nerveuses et l'électrodiagnostic éclairant d'un jour nouveau d'importants problèmes de neuropathologie.

Ce sont les rayons cathodiques de Röntgen, permettant à l'œil de voir plus loin que la surface, et de fouiller les profondeurs de l'organisme pour y découvrir des lésions ou y délimiter des organes avec une netteté à laquelle nos sens ne pouvaient atteindre.

Mais c'est surtout le microscope avec ses incessants perfectionnements qui, de l'appareil primitif employé au XVIIIème siècle déjà par Lævenhœck, ont abouti à l'instrument merveilleux, à l'ultramicroscope dont nous nous servons aujourd'hui, et fourni au diagnostic les renseignements les plus précieux et souvent les plus décisifs.

Est-il besoin de rappeler ce que la clinique doit à l'histologie pathologique, à l'examen microscopique des éléments figurés de l'urine, à l'étude cytologique des épanchements des séreuses, des pus, du liquide céphalorachidien, aux recherches hématologiques portant sur la numération des globules, la différenciation des globules rouges et des globules blancs, de leurs formes, de leurs variétés, de leurs affinités pour les matières colorantes et sur la constitution des formules hémoleucocytaires ?

Faut-il dire ce dont la clinique est redevable à la parasitologie, à la bactériologie surtout : l'ankylostomiase prenant place à part dans le groupe des anémies ; l'aspergillose distinguée de la phtisie bacillaire ; la diphtérie, le choléra, la syphilis démasqués dans leurs premières manifestations, les plus anodines encore en apparence ; la tuberculose dépistée dans ses formes encore latentes ou dans des foyers inaccessibles aux moyens habituels d'investigation ? Puis, comme conséquence des recherches poursuivies sur les propriétés des toxines microbiennes et celles du sérum sanguin à l'état normal, dans l'immunité ou dans l'infection, les injections de tuberculine, l'oculo-réaction et la dermo-réaction comme nouveaux moyens de diagnostic de la tuberculose ; la réaction agglutinante et le séro-diagnostic de Widal et de Courmont, décelant les formes légères, anormales, atypiques, compliquées ou masquées de la fièvre typhoïde et de la tuberculose ; la réaction de fixation de Bordet, appliquée par Wassermann au diagnostic de la syphilis ?

Signalerai-je encore pour finir, et parmi beaucoup d'autres, les épreuves fonctionnelles qui nous renseignent sur l'état du chimisme stomacal et de la motricité gastrique, sur la perméabilité des reins, le fonctionnement du foie ou du pancréas élimination colorée, glycosurie et chlorurie alimentaires, cryoscopie des urines, etc. ?

Si je me suis laissé aller à cette longue, bien qu'incomplète, énumération de toutes ces méthodes nouvelles, c'est que j'en reconnais l'incontestable intérêt, c'est que je tiens à en proclamer la haute portée et à affirmer qu'il n'est plus de médecin digne de ce nom qui puisse les ignorer, pas de clinicien qui ait le droit de les passer sous silence. Il faut, disons mieux, il faudrait désormais qu'à la salle d'hôpital fût annexé un laboratoire largement outillé, pourvu de tous les perfectionnements modernes ; mais il ne faudrait pas que les procédés de laboratoire, quel que soit le prestige dont on puisse les entourer, prissent le pas sur l'examen direct et l'observation traditionnelle du malade.

Sans doute serait-il puéril et souverainement injuste de médire des méthodes de laboratoire sous le futile prétexte qu'appliquées en clinique et y subissant les conditions complexes des faits biologiques, elles n'ont plus les caractères de précision, de constance, de certitude que l'on a coutume d'attribuer aux faits expérimentaux.

Niera-t-on, par exemple, l'importance du diagnostic bactériologique parce que l'absence du bacille de Koch dans les crachats n'exclut pas l'existence d'une tuberculose pulmonaire, et que la nécessité de recourir à l'inoculation aux animaux pour établir la nature tuberculeuse d'une méningite ne permet pas toujours, parce que les résultats s'en font attendre, de lever en temps utile les hésitations du médecin ?

Négligera-t-on la diazoréaction d'Ehrlich parce qu'on peut l'observer dans d'autres infections que l'infection éberthienne, ou le séro-diagnostic de Widal, parce que l'agglutination ne se montre pas dès les premiers jours de la fièvre typhoïde et qu'elle peut persister longtemps après la guérison de la dothiéntérie ?

Faut-il rejeter la méthode de Wassermann, parce qu'une réaction positive ne paraît pas impliquer absolument le diagnostic de syphilis et n'impose pas le caractère syphilitique à toutes les manifestations morbides actuelles, ou qu'une réaction négative

n'exclut pas la possibilité d'une infection antérieure ni l'évolution prochaine d'accidents spécifiques ?

Et se privera-t-on des renseignements que peut fournir l'analyse des urines parce que, au lieu de se borner au seul rôle pour lequel il est utile, celui d'une main fidèle pratiquant avec exactitude un examen défini et apportant un résultat de fait, certains chimistes, non médecins, se laissent aller à formuler des conclusions hâtives pour lesquelles leurs chiffres n'ont pu fournir que des données incomplètes et insuffisantes ? Certainement non.

Nous retiendrons cependant de ces objections que les méthodes de laboratoire, comme d'ailleurs les méthodes d'observation personnelle, ne nous apportent guère, si même elles nous en apportent, de signes vraiment et absolument pathognomoniques et que leurs renseignements les plus caractérisés ne prennent toute leur valeur que s'ils sont encadrés dans le tableau d'ensemble des manifestations morbides, ou quand ils confirment un diagnostic déjà posé, ou qu'ils permettent de choisir entre les deux termes d'un dilemme énoncé par l'examen clinique. C'est après avoir constaté l'existence d'une pleurésie purulente, que le clinicien voudra savoir s'il s'agit d'une pleurésie streptococcique, pneumococcique ou bacillaire. C'est quand il aura déjà soupçonné une fièvre typhoïde, ou s'il hésite entre une dothiéntérie et une grippe intestinale, qu'il demandera au laboratoire de lui fournir, par le sérodiagnostic, une solution définitive.

Faire appel prématurément au laboratoire, lui donner une place prépondérante et surtout exclusive, c'est se contenter, fût-ce même dans les cas les plus probants, d'un diagnostic global et impersonnel. Or un tel diagnostic, fait, « *même sans voir le malade, au simple examen de ses sécrétions morbides ou de son sérum sanguin* », peut séduire un savant de laboratoire comme Metschnikoff ; il sera exact peut-être, mais à coup sûr incomplet pour le clinicien qui a besoin de connaître les détails individuels, la caractéristique personnelle, la forme spéciale de l'évolution morbide actuelle pour en établir le diagnostic complet, le pronostic et le traitement.

Et c'est pourquoi l'interrogatoire du malade et l'étude attentive et raisonnée de tous les phénomènes objectifs accessibles aux sens

du médecin, resteront probablement toujours les bases fondamentales de la médecine pratique. Le coup d'œil médical, le flair médical, cette qualité maîtresse que l'on attribuait aux grands praticiens d'autrefois et qui leur permettait de savoir, de prévoir et d'agir par ce que l'on croyait un don mystérieux d'intuition, de divination fondée sur des raisons que la raison ne connaît pas, n'était, à y regarder de près, que le résultat d'une expérience lentement acquise guidée par un jugement droit, l'habitude de concentrer l'attention sur une série de faits complexes ayant quelques rapports entre eux pour en saisir vivement les analogies et les différences, un ensemble de qualités originelles mûries par la science et aiguisées par l'observation prolongée des malades.

Les conditions déterminantes de la maladie comme de tout phénomène biologique, ne sont pas seulement actuelles ; elles s'étendent au passé de l'individu et généralement plongent leurs racines jusque dans la vie de ses ascendants. D'où la nécessité d'une enquête rétrospective, colligeant tous les épisodes normaux et pathologiques, héréditaires ou personnels qui, liés et enchaînés les uns aux autres, permettront de saisir les conditions de la genèse et de l'évolution de l'épisode morbide actuel. Cette enquête n'a pas seulement pour but de nous renseigner sur une étiologie trop souvent incertaine ou une pathogénie combien hypothétique qui d'ordinaire déplacent le problème sans le résoudre, elle doit surtout nous faire apprécier le terrain sur lequel s'est développée la maladie en cours, nous instruire sur les aptitudes réactionnelles de l'individu vis-à-vis des divers milieux de l'ambiance cosmique et au contact des chocs morbides, nous faire connaître cet élément *humain* sans lequel nous ne pourrions comprendre ni les formes de la maladie, ni l'immunité de certaines constitutions, ni le mode et la variabilité d'action des agents curatifs. Prenez deux sujets chez lesquels vous avez constaté les mêmes signes objectifs de la maladie la plus vulgaire : la bronchite, née chez tous deux sous l'influence d'un microbe banal et l'action déterminante d'un coup de froid ; si vous n'avez appris par la recherche des anamnestiques que l'un, fils de goutteux, gros mangeur, est sujet depuis l'enfance à de fréquentes fluxions articulaires ou cutanées, que l'autre, né d'une mère tuberculeuse, élevé dans la misère, a présenté

autrefois tous les stigmates du lymphatisme infantile, vous comprendrez mal que la bronchite de celui-là se montre tenace, récidivante, spasmodique, tantôt sèche, tantôt accompagnée d'une expectoration abondante, avec une marche saccadée, des retours offensifs brusques, des réactions générales immodérées ; que la bronchite de celui-ci sera lente, torpide, continue, sans exacerbations, sans fièvre, sans réaction sinon sur les systèmes muqueux et ganglionnaire ; que chez l'arthritique vous réussirez avec les dérivatifs, le seigle ergoté, la quinine, les préparations salicylées, les alcalins, un régime sévère ; tandis qu'au lymphatique, vous prescrirez avec avantage les sulfureux, les balsamiques, l'huile de foie de morue, une alimentation substantielle, le climat marin.

Je ne m'arrêterai pas à l'examen objectif du malade, à la méthode à suivre dans la recherche des symptômes perçus par nos sens, constatés au moyen d'instruments appropriés ou révélés par des méthodes d'investigation spéciale et dont la réunion, la coordination et l'interprétation seront la base de notre diagnostic.

Je veux seulement dire aux débutants : les plus parfaits des manuels de séméiologie ne sauraient remplacer l'éducation de vos sens ; la description la plus imagée d'un râle, d'un souffle, de la démarche d'un ataxique, des propriétés agglutinantes d'un sérum ne vous donnera jamais une notion aussi précise, ni aussi complète, ni aussi intéressante, ni aussi définitive que la perception de ce râle ou de ce souffle par votre oreille bien exercée, que la vue souvent répétée de différents ataxiques se promenant dans nos salles, que la constatation par vous-même de cette réaction d'agglutination dans un laboratoire rattaché à la clinique et au moyen du sérum pris sur un typhique que vous aurez interrogé, examiné et peut-être diagnostiqué dans son lit d'hôpital. Je leur dirai encore : méfiez-vous des examens incomplets et des diagnostics hâtifs. Quelque caractéristiques que vous apparaissent les symptômes observés et bien que le diagnostic semble s'imposer d'emblée, votre examen ne vous aura fourni tous les renseignements qu'il peut vous donner et qui vous sont nécessaires que quand il aura porté sur tous les appareils, sur toutes les fonctions. Toutes les parties de l'organisme sont solidaires les unes des autres ; aucune ne peut souffrir sans que les autres en soient

plus ou moins affectées ; il n'y a pas en réalité de maladies locales, il n'y a que des maladies localisées. A côté de l'organe sur lequel porte plus spécialement l'assaut morbide, il y a d'autres organes intimement rattachés au premier par des connexions anatomiques ou fonctionnelles qui pâtiennent avec lui et aggravent ses troubles ou au contraire lui servent d'appui, renforcent ses moyens de protection et de résistance. Diagnostiquer chez un malade une tuberculose, une pneumonie, une fièvre typhoïde, une néphrite, c'est bien ; mais il n'est pas indifférent non plus de savoir comment se comporte l'estomac de ce tuberculeux, le cœur de ce pneumonique, le rein et le foie de cet infecté, la peau de ce brightique ; car de l'état d'intégrité ou d'infériorité de ces organes dépend en grande partie l'évolution de la maladie et le pronostic que vous pouvez en formuler. Et de même que rapidement des modifications peuvent survenir dans l'état anatomique et fonctionnel de l'organe primitivement atteint, de même ces appareils de défense ou de compensation peuvent du jour au lendemain devenir inférieurs à leur tâche.

Vous connaissez cette histoire qui est d'hier et d'aujourd'hui et sera de demain. Une angine d'apparence banale se développe chez un sujet robuste dont les antécédents ne révèlent aucune tare héréditaire ou acquise ; l'examen des exsudats amygdaliens exclut l'idée d'une diphtérie et ne montre que quelques streptocoques vulgaires ; la santé générale paraît à peine troublée pendant quelques jours et tout fait supposer que bientôt toute trace de maladie aura disparu. Puis voici que la fièvre se rallume, l'état général s'aggrave, les urines baissent et sont albumineuses, le cœur se prend, un état infectieux inquiétant se développe, le coma s'installe et le malade succombe. D'où l'importance d'un examen répété du malade, de tout le malade, permettant de dépister les nuances parfois imperceptibles pour un œil mal préparé qui avertissent que la lutte devient inégale, qui annoncent la détente ou font présager l'orage, qui renversent les premiers pronostics et modifient du tout au tout les indications thérapeutiques primitives.

Car, Messieurs, d'avoir établi avec précision et intelligence votre diagnostic, de vous être montré observateur scrupuleux, chimiste

habile, bactériologiste averti, d'avoir appelé à votre aide toutes les ressources de l'expérimentation et du laboratoire, d'avoir accommodé votre pronostic aux variantes que peuvent apporter les événements quotidiens, ce ne sera pas encore avoir accompli toute votre tâche de praticien. Il s'agit d'en entreprendre la partie la plus délicate, la plus difficile, la plus immédiatement utile, la plus instamment réclamée par votre malade, ce malade qui ne se contentera pas de la déconcertante formule : « *Je te diagnostiquai, que Dieu te guérisse* », ce malade qui vous appelle à son chevet non pas seulement pour que vous discutiez plus ou moins savamment sur la maladie dont il souffre et les lésions dont il meurt, mais pour que vous essayiez de le soulager et de le guérir.

Or pour que vous puissiez remplir en toute conscience cette partie de votre tâche, pour que vous puissiez faire véritablement acte de médecin dans toute la grande et féconde acception du terme, pour qu'au jour prochain où, munis de votre diplôme, vous vous trouverez pour la première fois seuls en face d'un malade, vous puissiez, sans trop d'angoisses, assumer cette redoutable responsabilité de tenir entre vos mains novices le sort d'une vie humaine, il faut que pendant vos années d'études non seulement vous ayez appris à connaître dans vos livres ou par des leçons magistrales, la nature et le mode d'action des principaux agents curateurs, les indications à remplir dans les divers types morbides catalogués sous le nom de maladies, mais il faut encore qu'ici, dans la salle d'hôpital, vous ayez été rompus aux difficultés de la thérapeutique appliquée, vous ayez coopéré au traitement des malades et connu les surprises, échappant à toute synthèse préalable ou convenue, que réserve l'individualité du patient et la manière dont chacun fait sa maladie ou réagit devant l'intervention. Car là encore, la maladie ni surtout le malade ne répondent toujours docilement aux injonctions de la science et c'est sans doute une des raisons, la plus avouable peut-être, de ce scepticisme décevant et oppressif des générations nouvelles que la fréquentation des sciences biologiques et de la médecine expérimentale a trop habituées à réclamer des réponses absolues. En clinique, qu'on l'accepte ou qu'on le déplore, nous ne

créons pas les conditions de notre intervention, nous sommes forcés de les subir, et, suivant le mot de Schutzensberger, « *de prendre les choses telles qu'elles sont, dans la réalité objective de l'organisme malade* ». Il en résulte des exigences spéciales et des difficultés qu'arrivent seuls à saisir et à vaincre ceux qui ont pris corps à corps les complexités de la pratique et ont appris dans chaque cas particulier à dégager l'indication dominante du moment, à discerner l'agent capable de la remplir, à en fixer la dose et à en régler l'usage.

Pour vous armer de cette expérience que vous ne pourriez acquérir plus tard qu'aux dépens de vos malades, je me permettrai parfois, vous en excuserez un vieux professeur de thérapeutique, de donner à la question du traitement une part que des préoccupations plus scientifiques et les applications plus spéciales de la psychothérapie n'ont pas toujours permis de lui donner ici, j'essayerai surtout de lutter contre le scepticisme endormeur et passif, et de vous inculquer la foi dans la thérapeutique : non pas cette foi aveugle qui exclut toute critique, accepte toutes les affirmations, l'engoue de toutes les nouveautés, se laisse prendre à toutes les réclames, à toutes les étiquettes brillantes, à toutes les patronages illustres, et trouve ses inspirations dans les grandes feuilles politiques plus encore que dans les petites feuilles médicales, mais une foi active qui recherche la variété, qui aspire au progrès, qui utilise toutes les ressources anciennes ou nouvelles basées sur la science, consacrées par l'expérience et appuyées par le raisonnement, qui se défend de la crédulité turbulente autant que du fatalisme impuissant et qui, même quand elle se sent le plus désarmée, n'arrive jamais les mains vides devant la détresse humaine.

Sans doute quand, arrivés à la fin de vos études, vous vous trouverez aux prises avec les réalités professionnelles, serez-vous forcés de constater que votre instruction hospitalière présente bien des lacunes. Il y a des catégories de malades qu'on ne voit pas à l'hôpital ou qu'on n'y voit que par exception ou qui ne font qu'y passer. Il est des moyens thérapeutiques qu'il est difficile d'y appliquer d'une façon rigoureuse et complète, et dont, en tout cas, il est impossible de suivre assez longtemps les effets. De sorte que vous aurez vu

et traité des typhiques, des grippés, des rhumatisants aigus, des cardiopathes en asystolie, des brightiques infiltrés ou urémiques, des tuberculeux cachectiques ou fébricitants, vous n'aurez qu'une idée approximative d'un gouteux, d'un dyspeptique, d'un rhumatisant chronique, d'un névropathe ; et vous serez plus embarrassés peut-être devant les insignifiants malaises dont vous fatiguera une cliente névrosée que devant les manifestations sévères d'une affection grave. Vous aurez appris à manier un nombre restreint de médicaments, mais vous connaîtrez mal, pour n'avoir pu les constater assez longtemps ni d'assez près, les résultats parfois merveilleux de la diététique et de l'hygiène thérapeutiques, du massage, de la climatothérapie, des cures hydrominérales.

C'est là, vous l'avez entendu peut-être, un de ces reproches que des détracteurs de parti-pris font à l'enseignement clinique officiel. Comme s'il dépendait de nous de faire mieux et autrement ; comme si la vie tout entière du médecin n'était un continuel apprentissage ; comme si, depuis son début dans la carrière jusqu'à la chute de ses derniers cheveux blancs, en raison même de l'incessante évolution des sciences médicales, le praticien qui tient à ne pas déchoir, ne devait se familiariser sans cesse avec de nouveaux procédés d'investigation, de nouvelles méthodes de traitement, de nouveaux problèmes d'étiologie et de pathogénie.

D'ailleurs quoi qu'on dise et malgré d'inévitables lacunes, pendant ces quelques années d'études et pour peu que vous y mettiez du vôtre, vous aurez certainement vu passer dans nos services la plupart des types morbides que vous rencontrerez dans la pratique courante. Pour les autres, vous arriverez, assez facilement à les reconnaître et à les soigner, grâce à votre éducation clinique, grâce à l'habitude que vous aurez prise d'analyser minutieusement les faits, d'utiliser tous les moyens à votre disposition pour arriver à un diagnostic complet et sûr, en déduire les indications et individualiser votre traitement, grâce aussi, et je voudrais pouvoir insister sur ce point, grâce à ce don naturel que je vous supplie de ne pas laisser se perdre, le bon sens, ce bon vieux sens commun, naïf et candide, qui fait bien simplement tenir les yeux ouverts et conduit par la voie la plus sûre à la saine compréhension des choses.

Et ainsi, vous pourrez, sans présomption mais sans crainte, aborder les responsabilités de la pratique, continuer votre apprentissage personnel avec un minimum de risques pour vos malades et votre réputation, et sans prétendre à éviter tous les déboires ni à faire d'étonnants miracles, trouver dans le sentiment de la difficulté vaincue et du devoir accompli, cette satisfaction intime qui est souvent pour le médecin l'unique rémunération d'un rude labeur et qui reste toujours la meilleure récompense d'une vie de sacrifice.

Un mot encore et je termine. Les administrations hospitalières s'honorent en France d'être les collaboratrices de l'enseignement supérieur ; nos salles vous sont largement ouvertes ; les malades que le besoin ou la détresse y amènent doivent servir à votre éducation médicale et vous préparer à exercer utilement et dignement votre sacerdoce humanitaire.

A tous les points de vue : scientifique, professionnel et moral, l'hôpital est la grande école du médecin. Profitez largement de ses ressources, de ses laboratoires, de ses malades ; soyez avides d'apprendre. Mais rappelez-vous qu'il n'est permis à personne, même dans un intérêt scientifique et à moins d'une impérieuse nécessité, de prolonger, de répéter un examen, de se livrer à des pratiques d'inspection, d'auscultation, de percussion qui pourraient blesser le malade, lui nuire ou épuiser ses forces déjà profondément abattues. Souvenez-vous aussi que vous avez une mère ou une sœur ; respectez la pudeur féminine et que votre examen ne prenne jamais l'apparence d'une indiscrete ou d'une malséante curiosité. Même les femmes perdues qui entrent dans les hôpitaux n'ont de respect pour nous qu'à la condition que nous en avons pour elles et elles nous savent gré de les traiter avec une retenue qu'elles railleraient peut-être ailleurs, et avec les mêmes égards que de braves filles qui souffrent à côté d'elles. Les investigations les plus intimes et les moins chastes en apparence peuvent être pratiquées et sont le plus souvent acceptées avec reconnaissance pourvu qu'elles soient utiles et surtout jugées telles par les malades. Il ne s'agit pas ici de pruderie, mais de savoir-vivre, de bienséance et de bonne éducation. Il s'agit aussi de bonté. Parlez avec énergie s'il le faut, mais toujours

avec bienveillance ; vous obtiendrez plus par la persuasion que par la brusquerie et la colère. Sachez gagner la confiance des malades, et quand leur mal dure, que leur courage faiblit, que leur résignation se perd, quand vous-même vous n'espérez plus, apprenez et efforcez-vous, malgré tout, à relever leur espoir ; ne prononcez jamais une parole qui puisse les éclairer sur la gravité du mal et montrez-leur que vous luttez jusqu'au bout. Ils sont deux fois à plaindre, car ils sont malades et ils sont malheureux ; et à ce double titre, ils ont droit à toute votre sollicitude, à tout votre dévouement, à tous vos respects. Pouvais-je mieux finir, Messieurs, cet exposé du programme clinique qu'en vous résumant la pensée et vous redisant les paroles de ces maîtres de la clinique française Trousseau et Dieulafoy.

Texte publié dans la « Revue médicale de l'Est » (1910 – p. 705-722)

Remy Collin



Leçon inaugurale : 1920

Mon premier sentiment, en prenant possession de la chaire d'histologie de Nancy, est un sentiment d'hommage envers mes Maîtres de la Faculté de Médecine qui m'ont appelé à l'honneur de siéger au milieu d'eux.

Je sens vivement le poids des devoirs nouveaux qui m'incombent à partir d'aujourd'hui, et, comme il est naturel en pareil cas, je cherche autour de moi des appuis.

Le principal, Messieurs et honorés Collègues, me vient de la confiance que vous avez bien voulu me témoigner et dont votre vote unanime fut pour moi une marque aussi précieuse qu'encourageante. Je suis sûr, désormais, que vous suivrez avec sympathie mes efforts pour maintenir à cette chaire le renom légitime dont elle jouit depuis de longues années, et c'est pour moi, ancien élève de vos cliniques et de vos laboratoires, une obligation bien douce de vous dire toute ma reconnaissance, ainsi qu'à M. le Recteur de l'Université de Nancy, à MM. les Membres de la Section permanente, et à M. le Ministre de l'Instruction publique dont les propositions et décisions successives ont ratifié votre choix. A notre dévoué Doyen, si soucieux des intérêts dont il a la garde, et dont j'ai éprouvé personnellement la bonté, j'adresse ici l'expression de ma très

vive et particulière gratitude.

Et maintenant, Messieurs les Etudiants, c'est avec vous qu'il me faut prendre contact. Vos aînés, auxquels je suis heureux d'adresser un affectueux souvenir, savent qui je suis, d'où je viens et comment j'envisage mes fonctions d'enseignement. Ils n'ignorent pas, en particulier, que j'ai toujours été guidé par le désir de leur être utile et de leur rendre ce que, j'avais moi-même reçu de mes Maîtres. Mais le jugement qu'ils portent sur moi, favorable ou défavorable, vous ne le connaissez guère, car la tourmente, en creusant un fossé entre votre génération et les générations précédentes, a interrompu les traditions orales. A beaucoup d'entre vous, aux Français comme aux Etrangers - nos amis d'hier et de demain, - le nouveau professeur apparaît sans doute un peu énigmatique et vous cherchez certainement à le classer dans quelque catégorie déjà connue et, pour ainsi dire, à le replacer dans son cadre. Je ne saurais mieux faire, pour satisfaire votre légitime curiosité, que d'appliquer à mon cas la formule commode, quoiqu'un peu artificielle de Taine, et que d'expliquer mon arrivée parmi vous par la race, le milieu et le moment.

Dans le cas particulier, le facteur race n'a certainement pas joué le rôle le plus important. Il est à noter, toutefois, que la culture des sciences morphologiques qui exige de l'application, de l'attention et une certaine habileté manuelle s'accorde assez bien avec une qualité éminemment lorraine, la ténacité dans l'effort. Elle s'accorde aussi avec ce goût inné que nous avons pour la beauté des formes vivantes, depuis les plus élevées en organisation jusqu'aux plus humbles, avec cette recherche ardente de la vérité expressive et exprimable qui fournit à nos artistes des thèmes inépuisables et qui ajoute aux satisfactions intellectuelles du naturaliste quelques unes des émotions de l'artiste.

A certains moments, de la conjonction de quelques hommes possédant une certaine communauté d'origine, de tendances et, je dirais volontiers, de passions intellectuelles, il résulte quelque chose de nouveau, une sorte d'atmosphère, un milieu, qui exerce une attraction, puis une action puissante sur ceux qui y pénètrent. C'est

ainsi qu'il y a ainsi qu'il y a quelques lustres naquit l'Ecole anatomique de Nancy, dont la fécondité et le rayonnement s'imposaient à l'attention des biologistes lorsque, timide étudiant, je pénétrai pour la première fois dans cet amphithéâtre. Il me suffira de vous rappeler qu'à cette époque, le Professeur PRENANT enseignait l'histologie, le Professeur NICOLAS l'anatomie descriptive, entourés tous deux d'une pléiade de jeunes savants devenus des maîtres à leur tour, tels que le Docteur Wéber, professeur à l'Université de Genève, les Docteurs P. BOUIN et P. ANCEL, professeurs à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Vers l'année 1900, il semble que l'Ecole Anatomique de Nancy se caractérisait par un double effort : d'une part, effort d'organisation et de groupement ; d'autre part, effort d'orientation nouvelle imprimée aux sciences morphologiques. Les œuvres se succédaient, obéissant à cette double tendance. En 1893, M. Nicolas publie le premier numéro de la *Bibliographie Anatomique*, recueil des travaux d'anthropologie, d'embryologie, d'anatomie et d'histologie, écrits en langue française. En 1896, M. Prenant fonde la *Réunion Biologique*, prototype des Réunions biologiques de province et de l'étranger, maintenant rattachées à la Société de Biologie de Paris. Puis M. Nicolas, aidé par le Professeur Laguesse, de Lille, prend l'initiative de grouper les anatomistes français en un puissant faisceau : *l'Association des Anatomistes*, conçue à Nancy et à Lille, vient au monde à Paris en 1899, sous la présidence de Balbiani, et depuis lors, elle est restée entre les mains de son secrétaire perpétuel Nicolas un instrument fécond de travail scientifique.

Mais ces institutions n'étaient en quelque sorte que la manifestation extérieure et publique d'une activité plus profonde et d'une véritable impulsion imprimée par nos maîtres Nicolas et Prenant aux études morphologiques. L'esprit nouveau se manifeste dans des ouvrages didactiques, tels que les *Éléments d'embryogénie et d'organogénie* de M. Prenant, le *Traité d'anatomie humaine* de Poirier ; il anime bientôt le *Traité d'histologie* de MM. Prenant et Bouin ; mais il a sa source dans les travaux originaux de ces maîtres qui concernent en particulier l'embryologie et la cytologie et il a sa source dans l'enseignement donné aux élèves. L'innovation

consiste essentiellement dans ce caractère de cohésion que puisent les descriptions d'anatomie ou d'histologie dans l'utilisation judicieuse des enseignements de la morphologie comparée et de l'embryologie. L'organogénèse et l'histogénèse sont mises à leur place normale : elles précèdent et expliquent les dispositions observées dans l'organe adulte, elles permettent de simplifier beaucoup certains développements, de même que le rappel fait à point d'un rapport ou d'une structure, observés chez un Vertébré ou un Invertébré convenablement choisi, éclaire soudain, de la façon la plus heureuse, tel rapport ou tel structure plus compliqués observés chez l'Homme. Telle est, Messieurs, du moins dans ses grandes lignes, la méthode d'enseignement que nos maîtres maniaient avec une habileté incomparable, tel est le milieu dans lequel j'ai eu l'avantage de me former ; et, en évoquant avec émotion les deux années passées au laboratoire de M. Prenant, et les cinq années, très laborieuses et très douces, passées dans le service de M. Nicolas, je salue avec respect et affection ces Maîtres qui firent tant d'honneur à la Faculté de Nancy et qui restent l'honneur de la Science française.

Vous dirais-je maintenant ce que je dois à mon prédécesseur immédiat, à M. le Professeur Bouin ? Nous avons vécu côte à côte pendant sept ans dans cette atmosphère de sérénité, d'intelligence et d'indulgence qu'il répandait autour de lui et qui s'apparie si bien avec le calme d'un laboratoire d'histologie. Tout entier à ses élèves, tout entier à ces mémorables recherches d'histophysiologie qu'il poursuivait avec M. le Professeur Ancel, il savait entraîner ses interlocuteurs très haut dans le domaine des anticipations qui devenaient souvent des faits expérimentalement démontrés et contrôlables au microscope. Elève préféré de M. Prenant, il a laissé ici une trace ineffaçable. Nos vœux et notre affection l'accompagnent à la Faculté de Médecine de Strasbourg où il sera ce qu'il a été à Nancy, un pionnier de la pensée histologique française.

Le départ de M. Bouin est la cause occasionnelle de ma nomination à cette chaire et c'est ainsi que se marque, dans ma carrière, l'influence du *moment*. J'ai eu la joie, en 1918, de pénétrer en Alsace reconquise avec une division d'infanterie toute frémissante encore des

derniers combats, et c'est à Mulhouse que j'appris, par une lettre de M. Bouin, la répercussion que la victoire allait imprimer à nos destinées respectives. Mais si j'évoque ici, Messieurs, avec quelque complaisance, les minutes sacrées de l'automne de 1918, ce n'est pas seulement pour le plaisir de revivre des souvenirs personnels, c'est surtout pour dégager avec vous, de ces grands événements, la leçon qu'ils comportent. Tous, à des degrés divers, nous avons été marqués par la guerre et tous nous sentons que le cycle héroïque de 1914 n'est pas clos. La France de 1920 a le front illuminé par la victoire, certes, mais elle reste en deuil elle pleure sur les ruines de ses plus belles provinces, elle compte les tombes de ses fils - nos frères d'armes, - elle entend gronder la rumeur des foules hallucinées à laquelle répond, au loin, la menace éternelle de l'ennemi. Dans ces heures solennelles de l'histoire du monde, nous désirons tous, ardemment, contribuer, dans la mesure de nos moyens, au relèvement de notre pays ; nous voulons le sauver une fois encore et nous cherchons autour de nous les directions qui nous conduiront au salut. Je suis sûr, Messieurs les Etudiants, qu'avec votre générosité naturelle, vous aspirez à compter parmi les meilleurs agents du renouveau national et que vous êtes impatients de remplir votre devoir civique comme, hier, vous accomplissiez votre devoir militaire jusqu'à la preuve du sang.

Ne croyez pas, d'ailleurs, qu'il soit nécessaire de chercher bien loin la meilleure façon de servir encore. Sans doute, nous savons que les conditions de l'ordre, dans une société, sont complexes et diverses et que nous ne sommes pas tous destinés à ces grands emplois où l'on peut, dans une certaine mesure, agir sur les événements. Mais il est une des conditions de l'ordre à laquelle nous pouvons satisfaire à coup sûr et qui devient décisive quand elle est multipliée par l'effort conjugué de tous les bons citoyens il n'est pour chacun de nous que de rester à sa place - j'allais dire à son poste - et de développer complètement sa valeur professionnelle. Ne vous y trompez pas, c'est un dessein très haut que de vouloir faire honneur à la profession qu'on a choisie, et puisque vous désirez devenir des médecins, soyez médecins avec tout ce que ce mot comporte d'élévation morale, de culture intellectuelle et de pitié agissante.

Et ceci, Messieurs, m'amène directement au sujet que je désire traiter dans cette première leçon, la place de l'histologie, science biologique, dans l'ensemble des connaissances médicales.

L'étudiant qui arrive dans une Faculté de Médecine se trouve, en général, un peu désorienté quand il consulte le tableau des enseignements. Il se représente en effet la profession qu'il désire embrasser, sous la forme d'une série d'actes qui apparaissent à son imagination adolescente comme relativement simples. Palpation, percussion et auscultation des malades, confection d'une ordonnance, opérations chirurgicales, voilà de quoi rêve en général le néophyte qui, pour la première fois, s'assoit sur les bancs de nos amphithéâtres. Il vient demander à ses nouveaux maîtres des méthodes et des procédés de guérison et il s'étonne de ne pas passer tout son temps à l'hôpital. Il s'étonne bien davantage en constatant qu'avant d'obtenir le droit d'exercer sa profession, il devra subir une série d'initiations qui ne lui paraissent avoir que de lointains rapports avec la pratique courante de la médecine. Il s'effraie un peu de voir que, sur la route qu'il s'était imaginée toute droite et au bout de laquelle il y a un diplôme de docteur, se dressent de véritables obstacles qui s'appellent anatomie, histologie, physiologie, chimie et physique médicale, parasitologie, etc... L'étudiant se demande s'il va indéfiniment recommencer son année de P.C.N. et ses anciens se chargent de refroidir encore son zèle hésitant en lui peignant les déboires des examens et la vanité des sciences que les uns appellent fondamentales et les autres accessoires. L'histologie a souvent l'infortune d'être classée parmi ces disciplines austères dont l'intérêt n'apparaît que tardivement à des yeux prévenus ; c'est pourquoi je voudrais, en inaugurant ce cours, justifier par avance l'enseignement que je suis chargé de vous dispenser.

Vous avez vu, à juste titre, dans le mot médecine, le mot remède et, à votre entrée dans la carrière, vous avez la noble ambition d'exercer l'art de prévenir, de traiter, de guérir les maladies et, à tout le moins, de soulager les malades. D'où votre étonnement de n'être pas mis directement, et tout de suite, en face des réalités cliniques. Peut-être serez-vous tentés alors de juger sans indulgence des

méthodes d'enseignement que vous qualifierez de discursives ; peut-être reprendrez-vous à votre compte, et contre vos maîtres, le mot d'un écrivain, Charles Péguy, sur l'appareil critique de certains historiens modernes ; la méthode de la grande ceinture ! Essayons de juger en passant, ce procès de tendances qui fût, naguère, intenté aux Facultés de Médecine et qui est débattu encore tous les jours dans la presse, dans les conversations des cliniques, des laboratoires et des salles de garde. La discussion repose essentiellement sur l'idée même qu'on se fait de la médecine.

Redisons donc que la médecine, loin d'être une science autonome comme la mathématique, la physique ou la chimie est un art, c'est-à-dire l'utilisation pour l'action curative d'une foule de données empruntées aux sciences les plus diverses. La clinique et la thérapeutique elles-mêmes constituent plus la synthèse d'enseignements d'origine variée que des sciences autonomes qui, avec d'autres sciences autonomes, fourniraient la matière d'une discipline particulière et nouvelle. C'est ainsi que, avant d'être immédiatement pratique ou appliqué, l'enseignement de la médecine doit viser d'abord à un enrichissement de la culture générale. On peut concevoir à la rigueur des praticiens qui n'auraient pas reçu cette culture générale ; je me flatte de penser que vous repoussez d'avance toutes les suggestions qui tendent à rétrécir les avenues de l'intelligence au profit de je ne sais quelles nécessités d'ordre pratique. Vous connaissez tous le type de cet excellent infirmier qui, par la force de l'habitude, est capable de poser un diagnostic ou plus exactement de coller une étiquette sur une maladie et qui, à la rigueur, est également capable d'indiquer et d'appliquer les remèdes appropriés. Est-ce à ce brave homme dont l'ignorance excuse les prétentions que vous confierez la santé des êtres qui vous sont chers ? Et vous vous insurgeriez à juste titre contre un enseignement qui ne serait qu'un formulaire de procédés, susceptible peut-être de vous faire réaliser une économie de temps et d'efforts, mais qui ne satisferait pas votre besoin de comprendre. Mais vous souhaitez aussi ne pas vous écarter du but que vous poursuivez, c'est-à-dire de recevoir une instruction qui vous mette en mesure de devenir des médecins distingués. Eh bien, je vous le déclare, on est effrayé de tout l'ensemble imposant de connaissances variées qu'il convient de

posséder pour exercer avec distinction la médecine, car l'objet de vos études et de votre sollicitude, c'est l'homme même et non pas seulement l'homme animal, mais encore l'homme raisonnable et l'homme moral. Ne croyez pas que ce patient qui souffre dans un lit et qui réclame des soins, soit un individu banal, exactement pareil à des millions d'autres, comme une machine construite en série. Vous n'avez pas affaire à l'homme en soi, au noumène de l'Homme, mais à un homme, composé à la fois, chétif et formidable, où, aux éléments essentiels, se mêlent en proportions indéterminées les influences complexes de la famille et de l'hérédité, du métier et du milieu social, de la race et de la patrie, du climat et de la géologie. Vous apercevez déjà qu'en face d'un malade, vous n'aurez pas à appliquer sans discernement des procédés appris par cœur, mais avant tout à choisir des méthodes thérapeutiques, à faire preuve de finesse, de discernement, vous aurez sans cesse à exercer vos facultés d'adaptation. Qu'est-ce à dire, sinon que le domaine de la médecine est infiniment plus vaste que ne l'imagine notre infirmier et que cet art si délicat doit être souple pour être efficace et éclairé pour que le médecin puisse modeler chaque jour son action sur des réalités parentes mais non jumelles. Il n'est pas possible et il n'est pas souhaitable que Pic de la Mirandole devienne le modèle du médecin moderne, mais il est nécessaire à l'exercice correct et fécond de notre art que le praticien possède des clartés suffisantes de toutes les sciences qui traitent de l'homme. L'enseignement secondaire que vous avez reçu a tendu à ce que rien d'humain ne vous fût étranger. L'enseignement médical doit tendre au même but, avec une orientation pratique, et c'est pourquoi les sciences fondamentales sont à la base même de l'art que vous vous proposez d'exercer.

Quelle est la place, parmi celles-ci, de l'histologie ? Quelle est son utilité à la culture médicale, à la pratique quotidienne et à l'avancement même de l'art de guérir ?

Etymologiquement, le mot histologie désigne la science des tissus dont se composent les organismes vivants, animaux et végétaux. Dans une Faculté de Médecine, l'histologie est avant tout la science des tissus de l'Homme, mais le domaine de cette science est

beaucoup plus étendu à l'heure actuelle que ne l'entendaient ses fondateurs. C'est Bichat, le génial créateur de l'anatomie générale qui, en 1801, introduisit dans les sciences biologiques la notion des tissus. Cet illustre observateur remarque que nos organes sont formés par l'association de plusieurs tissus de nature très différente qu'il compare aux corps simples, de la chimie lesquels se combinent entre eux pour former des corps composés. L'immense mérite de Bichat fut de montrer, sans le secours du microscope, que les différents tissus présentent une foule d'attributs caractéristiques de chacun et exclusifs des autres. Nous avons souvent le tort de sourire quand, nous reportant à plus d'un siècle en arrière, nous relisons les travaux de nos devanciers, et très fiers de la technique actuelle, nous n'imaginons pas assez qu'elle sera dépassée et que nos arrière-neveux considèreront aussi notre époque comme l'enfance des sciences biologiques. Gardons-nous de l'infatuation et rendons grâce à un savant comme Bichat, même si sa pauvre technique a été dépassée : nous ne qualifierons pas d'enfantins ses procédés, action du calorique, de l'air, de l'eau, des acides, des sels neutres, dessiccation, putréfaction, macération, coction qui nous ont valu une des notions fondamentales de l'histologie.

Bichat ignorait la nature même des tissus qu'il avait reconnus et il avouait cette ignorance sans la croire irréductible. Quelque trente ans plus tard, grâce à l'emploi raisonné du microscope, l'analyse était en effet poussée plus loin. Schleiden (1838) et Schwann (1839) fondaient définitivement, le premier pour les végétaux, le second pour les animaux, la théorie cellulaire et, dès lors, la question de la vie devenant inséparable de la notion de cellule et toutes les sciences biologiques se trouvaient du même coup éclairées et dominées par cette acquisition incomparable.

Arrêtons-nous un instant et mesurons le chemin parcouru. Nous sommes au milieu du XIX^{ème} siècle. Cl. Bernard, succédant à Magendie, enseigne au Collège de France et publie ses *Leçons de Physiologie expérimentale appliquée à la Médecine* (1854) ; Pasteur, doyen de la Faculté des Sciences de Lille, publie un *Mémoire sur la fermentation appelée lactique* (1857). A Berlin, Virchow prépare les vingt leçons fameuses de *Pathologie cellulaire fondée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus*, qu'il devait donner en 1858 à

un auditoire d'élite.

En ces années décisives pour l'orientation moderne des sciences biologiques, l'histologie parvient à une étape notable de son développement. Leydig (1856) vient de définir la cellule : une masse de protoplasma munie d'un noyau. De toutes parts, on considère la cellule comme l'organisme élémentaire et la théorie cellulaire peut être formulée en quelques propositions très simples. Tous les êtres vivants, animaux ou végétaux, sont formés de cellules. Les Protozoaires et les Protophytes sont formés d'une seule cellule ; les Métazoaires et les Métaphytes sont formés d'un nombre plus ou moins considérable de cellules jouissant chacune jusqu'à un certain point de son autonomie. Toute cellule provient d'une cellule préexistante c'est l'axiome de Virchow « *omnis cellula e cellula* », complété plus tard par celui de Strassburger « *omnis nucleus e nucleo* ». Le monde de la nature vivante apparaît aux observateurs éblouis comme une société hiérarchisée, formée d'individualités inégales qui procèdent toutes du même limon, c'est-à-dire de l'organisme élémentaire, de la cellule. Si l'on regarde dès lors l'univers animé dans un de ces miroirs de la nature comme ceux qui plaisaient tant aux théologiens du XIII^{ème} siècle, on est en face d'une construction solide où sous l'apparente diversité des formes, on retrouve toujours l'unité essentielle du matériau, la cellule. On établit des séries croissantes : cellules, tissus, organes, personnes, états. Le tissu est une association de cellules semblables entre elles, les organes sont des complexes de tissus, la personne est le groupement formé par différents organes, les états sont des agglomérations de personnes. L'esprit humain, toujours avide de saisir le simple dans le composé et l'unité dans la diversité s'empare avec faveur de la notion de la cellule. Puisqu'il n'y a pas de vie sans cellule, puisque les problèmes généraux de la vie se posent déjà à propos de la cellule, il s'ensuit que la physiologie générale, qui représente la plus haute aspiration des sciences biologiques, ne peut être qu'une physiologie cellulaire.

Puisque, d'autre part, la vie est essentiellement cellulaire, les troubles de l'équilibre vital doivent se manifester d'abord dans la cellule, et c'est l'entrée de l'histologie dans la pathologie. Ainsi, tout problème médical est une question de physiologie générale et comme la physiologie générale ne peut être qu'une physiologie cellulaire, il

s'ensuit que l'histologie est devenue le lieu géométrique où se croisent les sciences de la vie, qu'elles soient théoriques ou appliquées. C'est ce qu'a lumineusement vu Cl. Bernard : « *La physiologie générale*, écrit-il dans « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale », *est la science biologique fondamentale vers laquelle les autres convergent. Son problème consiste à déterminer la condition élémentaire des phénomènes de la vie. La pathologie et la thérapeutique reposent également sur cette base commune. C'est par l'activité normale des éléments organiques que la vie se manifeste à l'état de santé ; c'est par la manifestation anormale des mêmes éléments que se caractérisent les maladies, et, enfin, c'est par l'intermédiaire du milieu organique modifié au moyen de certaines substances toxiques ou médicamenteuses que la thérapeutique peut agir sur les éléments organiques. Pour arriver à résoudre ces divers problèmes, il faut en quelque sorte décomposer successivement l'organisme, comme on démonte une machine pour en reconnaître et en étudier tous les rouages* ».

Ces aperçus vous montrent, Messieurs, pourquoi l'histologie, science biologique, est en même temps et au plus haut degré une science médicale puisqu'elle vise à la fois à une interprétation des phénomènes de la vie, normaux et pathologiques, et qu'elle ouvre la voie à la thérapeutique, but suprême de l'activité du praticien. Les résultats déjà obtenus et les résultats espérés répondent-ils aux premiers enthousiasmes, devons-nous persévérer dans la voie tracée par nos prédécesseurs ? C'est ce que nous allons essayer d'élucider en esquissant le tableau de l'histologie contemporaine, de ses résultats, et de ses aspirations.

A l'heure actuelle, le cours d'histologie enseigné dans une Faculté de Médecine comprend deux parties bien distinctes, *l'anatomie générale ou histologie* proprement dite et *l'anatomie microscopique*. Ces deux branches, d'inégale importance au point de vue scientifique pur, sont inégalement importantes au point de vue de leurs applications acquises ou possibles. C'est l'anatomie générale qui paraît le plus éloignée de l'art médical et l'anatomie microscopique la plus voisine et c'est cependant de l'anatomie générale que l'art médical trouvera à s'enrichir et à se développer. Ceci mérite quelques

explications. Qu'est-ce que l'anatomie microscopique, sinon le prolongement de l'anatomie descriptive révélée par la dissection ? L'anatomie normale est une science indispensable au médecin ; c'est un truisme de le répéter, mais c'est une science faite et qui a donné à peu près tous les résultats pratiques qu'on pouvait en attendre. Elle est et sera toujours nécessaire au médecin, comme une carte d'état-major est nécessaire au voyageur qui s'aventure dans un pays inconnu, mais c'est une carte si bien faite que tous les chemins y sont portés et qu'on ne peut guère lui demander plus qu'elle n'a donné jusqu'à présent. Ayant épuisé à la tracer toute la puissance de ses yeux, toute la finesse de ses scalpels et toute l'habileté de sa main, l'anatomiste a poursuivi sa tâche en empruntant à la science voisine, l'histologie, son principal instrument, le microscope. Il a pu ainsi ajouter à une carte déjà très complète des sentiers nouveaux, mais maintenant assez bien connus. L'anatomie normale a fini d'étudier la personne, l'anatomie microscopique a presque fini d'étudier les organes. Reconnaissons qu'elle a obtenu dans cette voie des résultats admirables ; elle a fixé en particulier la topographie des grandes voies qui parcourent le système nerveux central, et dans la substance d'apparence homogène du cerveau et de la moelle, nous distinguons aujourd'hui toute une architecture compliquée, mais claire, toute une systématisation dont nous connaissons le plan général. Mais nous ferons de l'anatomie microscopique comme nous faisons de la dissection, un ensemble de connaissances en quelque sorte géographiques destinées à nous orienter dans un pays inconnu plutôt qu'à nous instruire de ses mœurs et de sa politique. C'est à l'anatomie générale que nous demanderons ces derniers renseignements.

L'anatomie générale comprend deux rameaux, l'*histologie* science des tissus, la *cytologie* qui tend à la connaissance de la cellule. Or, on passe assez facilement de l'anatomie microscopique qui étudie les organes à l'histologie qui s'occupe des tissus. En effet, les organes ne sont pas seulement le résultat d'une association de tissus variés : leur nom même indique qu'une telle association n'est pas indéterminée et en quelque sorte anarchique, mais une association où la division du travail physiologique s'accompagne, non seulement d'une

interdépendance des parties constitutives, c'est-à-dire des tissus, mais d'une subordination de ces parties les unes aux autres de telle manière que l'une d'entre elle nous apparaît comme prédominante au point de vue physiologique. D'où la notion, dans chaque organe, d'un élément dominateur, tel que l'épithélium digestif pour l'intestin, le tissu musculaire pour le muscle, le tissu nerveux pour les organes nerveux. Donc, dans un organe, nous avons à accorder une attention plus grande à l'élément dominateur qui accomplit une fonction non plus générale, mais particulière, mais spécialisée, au tissu qui imprime à un organe déterminé sa caractéristique physiologique. Mais nous avons dit que les tissus, c'est leur définition, sont formés de parties élémentaires toutes semblables entre elles ou extrêmement voisines les unes des autres, d'où il suit que pour parvenir à la connaissance d'un tissu, il faut connaître et il suffit de connaître ses éléments, c'est-à-dire les cellules de ce tissu. Ainsi, l'histologie, science des tissus, se confond peu à peu et par une pente insensible avec l'étude des cellules et quand on connaît la cellule musculaire, la cellule glandulaire, il reste très peu à faire pour connaître les tissus musculaire et glandulaire et les organes tels que les muscles et les glandes où l'élément prédominant est le tissu musculaire et le tissu glandulaire.

Il résulte de ces données que l'histologie tend à devenir de plus en plus générale et qu'elle trouve en quelque sorte sa plus haute expression dans la cytologie (laquelle, nous l'avons dit, se confond, à une certaine hauteur avec la physiologie générale, normale et pathologique, et avec la thérapeutique). Rien d'étonnant donc qu'arrivés sur le palier de la théorie cellulaire, les histologistes se soient élancés sans tarder vers un sommet plus élevé et que la cellule leur soit apparue comme la terre promise de la biologie. Cette ascension a été fertile en découvertes ; il ne m'est pas possible de les énumérer. Lisez cependant l'histoire de la fécondation ou de la division cellulaire et vous aurez l'impression d'être sur une de ces hauteurs d'où l'on voit partir les vallées et les sources et d'où l'on découvre d'immenses horizons. C'est quand ils sont réunis sur de tels sommets que le physiologiste, l'histologiste et le médecin comprennent qu'ils ne sont pas des frères ennemis et que s'ils veulent

continuer leur ascension, ils ont tout intérêt à ne pas se séparer. Nous venons de voir l'histologie parvenir au stade cytologique ; cette ère n'est pas terminée, mais je dois vous signaler qu'elle est marquée à ses différentes époques par des tentatives hardies de l'esprit d'analyse. Grâce aux perfectionnements de la partie optiques, des microscopes, grâce également aux progrès de la technique histologique proprement dite (emploi de plus en plus raisonné des réactifs fixateurs et des matières colorantes), l'œil de l'observateur contemporain aperçoit dans la cellule une foule de détails qui avaient échappé à ses prédécesseurs ; on avait cru toucher à l'unité vivante, simple et irréductible, et voilà que cette prétendue unité est tout un monde, un microcosme, un organisme. Entraîné par sa pente naturelle, l'esprit est bien obligé de quitter le mol oreiller de la théorie cellulaire et de se demander si, au-dessous de la cellule, n'y a pas une matière vivante, une matière essentiellement vivante et qu'il suffirait de connaître pour devenir en quelque sorte le maître de la vie et de la mort. D'où l'attention particulière avec laquelle on scrute tout à tour la structure du protoplasma, celle du noyau, celle des organites permanents de la cellule ; d'où la faveur qu'on accorde successivement à des théories comme celle des bioblaste d'Altmann, aux observations concernant le chondriome, d'où les polémiques qui accueillent des hypothèses comme celle des symbiotes. Mais plus l'analyse se poursuit et se précise, plus on voit s'évanouir le mirage de l'unité vivante, de l'unité de vie. Il n'y a pas un protoplasma, il y a des protoplasmas que l'on qualifie de plus ou moins vivants selon qu'ils sont plus ou moins différenciés ; d'où l'on conclut que, dans un organisme supérieur, le protoplasma le plus vivant, par conséquent essentiellement vivant, serait celui des premiers blastomères. Ainsi, la cytologie arrive peu à peu à un point où la notion de cellule-unité vivante se transforme en la notion de cellule-complexe d'organites déjà vivants. Rien ne peut arrêter des observateurs engagés dans une voie nouvelle et l'on est conduit invinciblement à fouiller la structure des organes de la cellule jusqu'aux limites qui nous sont imposées par la constitution même de la lumière à laquelle est subordonnée le pouvoir résolvant des objectifs. Nous touchons là par conséquent à l'oméga de la cytologie

envisagée comme science autonome et nous voyons qu'elle commence dès que l'œil est suffisamment armé pour distinguer la cellule et qu'elle finit quand son arme, l'objectif microscopique, a épuisé sa puissance.

Cependant, la cytologie, science biologique, nous lègue une indication. Au moment où elle cesse d'avoir un objet propre, elle nous montre que la structure des plus petits organes de la cellule ne diffère pas de la structure de la matière brute, que certains états des corps du monde minéral, comme l'état colloïdal, sont précisément l'état même dans lequel semblent se trouver les substances organiques infiniment complexes, mais réductibles à quelques corps simples, que l'analyse chimique découvre dans la substance vivante. Ainsi, le domaine de la cytologie déjà si étendu et si varié s'assoit véritablement sur des assises physico-chimiques et on peut envisager le moment où l'histologie de la cellule deviendra une physique et une chimie moléculaire. Ici encore, nous rejoignons la physiologie générale dont le but est d'atteindre et de fixer les conditions matérielles des phénomènes de la vie, c'est-à-dire leurs conditions physico-chimiques.

Quand d'analyse physiologique en analyse physiologique, on parvient à réduire les phénomènes de la vie à leurs composantes physico-chimiques qui, comme telles, n'échappent pas à un déterminisme rigoureux, quand, en même temps, l'anatomie a décomposé l'individu en organes, les organes en tissus, les tissus en cellules, les cellules en organites et ceux-ci en molécules de substances organiques dont la physico-chimie s'empare pour les rendre finalement au monde minéral, c'est-à-dire au milieu cosmique, on en vient à se demander si la vie n'est pas une illusion, si par conséquent les sciences biologiques ont un objet propre, si l'étude de l'histologie est nécessaire, et si le médecin ne gagnerait pas à être surtout un physicien et un chimiste. Ces questions ne sont pas seulement des clauses de style, elles se posent et nous allons essayer d'y répondre. Dès l'instant que les particules élémentaires de la matière vivante ne nous apparaissent pas différentes des particules élémentaires de la matière brute, il semble bien qu'on puisse leur étendre sans aucune audace la théorie atomique. Le terrain matériel des phénomènes vitaux nous apparaît alors comme constitué par un assemblage de

molécules de substances organiques variées, appelées principes immédiats ou constituants primaires de la cellule, tels que protéïdes (glyco-protéïdes et nucléo-protéïdes, albumines, globulines, lécithines, cholestérine), dont nous concevons les réactions comme l'essence même des phénomènes vitaux. De ces substances, les plus caractéristiques, celles qui appartiennent sans exception à tous les organismes, ce sont les molécules de matières protéïques. Or la chimie ne conçoit pas un corps appelé protéïque, elle distingue de nombreuses variétés de matières protéïques différentes les unes des autres ; elle montre que toutes ces matières sont formées de molécules dont on connaît souvent la formule brute, mais moins nettement la structure, c'est-à-dire le mode suivant lequel les atomes constitutifs se trouvent assemblés les uns par rapport aux autres. Mais nous savons, entre autres choses que ces molécules, à constitution stéréochimique encore indéterminée sont de dimensions énormes en raison de la quantité d'atomes qu'elles renferment et qu'elles présentent côte à côte un nombre considérable de fonctions chimiques diverses. Le problème scientifique des conditions élémentaires de la vie se présente donc à nous sous un premier aspect chimique. « *Faire l'inventaire complet de tous les constituants cellulaires, écrit le professeur Lambling, établir nettement leur structure et par conséquent tout leur fonctionnement chimique, déterminer la manière dont ces corps sont associés dans la cellule, en un mot faire l'anatomie chimique des organismes, telle est la tâche la plus proche qui s'impose à la biochimie, d'une manière aussi pressante que s'imposait à l'anatomie générale, il y a soixante ans, l'étude morphologique des tissus et des organes ...* » Et plus loin « *L'étude de la structure des protéïques est le problème fondamental de la biologie cellulaire* ». Qu'est-ce à dire sinon que la cytologie a une racine stéréochimique et que la morphologie des éléments cellulaires que nous étudions au microscope a pour condition la forme même des molécules des constituants primaires.

Mais la morphologie, entendue au sens ordinaire, c'est-à-dire des structures observées par l'œil muni de l'objectif microscopique, a d'autres conditions d'existence, des conditions d'ordre physique. Sous quel état se présentent les constituants cellulaires, quelles sont les

forces qui interviennent dans l'organisation de ces constituants et dans le travail cellulaire ? La physique a déjà répondu à quelques-unes de ces questions. Elle nous fait connaître l'état colloïdal de la plupart des constituants cellulaires et nous montre cet état colloïdal comme la condition même du maintien de la forme et de la structure de la cellule, elle étudie les lois de la perméabilité des membranes, le rôle des lipoides dans la perméabilité cellulaire, la tension osmotique, les forces capillaires, l'état électrique, etc., bref la biophysique comme la biochimie tend à réduire les phénomènes infiniment complexes de la vie organique aux lois fondamentales de la matière et de l'énergie. Vous voyez donc que nos conceptions biologiques, et plus particulièrement cytologiques, sont liées aux conceptions générales de la physique et de la chimie, et appelées par conséquent à se transformer avec elles. En fait, certaines questions de cytologie ont toujours été influencées en quelque sorte par l'état d'avancement de la physico-chimie : la question de la structure du protoplasma en particulier a jusqu'ici suivi pas à pas les études de physique et de chimie concernant la matière et ses manifestations et dans cette direction, la science a devant elle un champ de recherches illimité.

Mais, direz-vous, ces transformations de la science sont bien décevantes : ce que nous cherchons, nous autres médecins, c'est un terrain solide où nous appuyer. Le malade n'attend pas que l'accord soit fait sur quelque hypothèse définitive susceptible d'expliquer toutes les énigmes du monde sensible ; il avait besoin hier, il a besoin aujourd'hui qu'on lui porte secours ; la nécessité nous commande d'agir sans attendre des révélations magnifiques, certes, mais trop lointaines pour être efficaces aujourd'hui. Il est facile de répondre à ces objections par le mot de Claude Bernard : « *Nous pouvons plus que nous ne savons* ». D'ailleurs, le terrain solide que vous cherchez, il est sous vos pas et vous pouvez vous y appuyer sans crainte. Dans sa marche à la découverte des explications fondamentales des phénomènes de la vie, l'anatomiste qui explore le domaine des formes a déjà élucidé bien des mystères de l'organisation et fourni au médecin des armes efficaces c'est de l'anatomie descriptive et topographique que sortent les plus audacieuses interventions

chirurgicales, c'est l'anatomie microscopique et l'histologie qui éclairent le médecin et lui permettent une vision pénétrante des phénomènes normaux et pathologiques les plus secrets.. Comme le prisme dissocie un rayon de soleil, l'œil du médecin, éclairé par la lumière intérieure des souvenirs scientifiques qui composent son bagage, contemple et réduit à leurs éléments les épisodes aigus ou chroniques de la lutte qui met aux prises les tissus avec les agents pathogènes. Que ne peut-on pas attendre, au point de vue pratique, de cette magnifique opération intellectuelle et comme nous voilà loin du réflexe de l'infirmier dont je vous entretenais tout à l'heure ?

Mais le terrain solide de vos opérations, la base stratégique, comme diraient les anciens combattants, n'est pas seulement dans les faits acquis, dans les sciences faites ou presque faites, comme l'anatomie microscopique, l'histologie, la cytologie. Sans doute ces sciences retiendront la majeure partie de notre temps et nous en tirerons d'immenses bienfaits. Le terrain solide est encore, il est surtout dans la *méthode* des sciences biologiques et dans l'esprit de ces sciences. J'ai essayé de vous montrer, en vous traçant un rapide tableau de l'évolution histologique, dans quelle direction se meuvent les sciences biologiques depuis qu'à la suite de Claude Bernard, elles se sont engagées délibérément dans la voie expérimentale. Vous savez ce qu'il faut entendre par ce mot science expérimentale appliquée aux êtres vivants et qu'il est à la fois un but et un moyen ; un but : la science expérimentale recherche le déterminisme des phénomènes de la vie ; un moyen pour atteindre au déterminisme des phénomènes, elle les étudie comme s'il s'agissait des corps bruts. Nous sommes ici, je m'empresse de le dire, sur le plan scientifique, le plan des causes secondes, le plan des choses matérielles que nous ne pouvons connaître en soi, mais seulement par leurs relations entre elles et avec nos sens. Nous ne plaçons pas d'abord à la base des sciences biologiques une définition de la vie. Nous constatons que les phénomènes dits biologiques et les formes matérielles qui en sont le théâtre, organes cellulaires, cellules, tissus, organes, etc., peuvent être ramenés par l'analyse à des modalités accessibles de l'énergie et de la matière. Nous ne posons pas la question, légitime d'ailleurs, mais purement philosophique et à laquelle les esprits les plus éminents ont tenu à donner leur réponse, de savoir si les matériaux de

la vie, condition nécessaire de la vie en sont la condition suffisante ou si leur assemblage obéit, en outre, à « *une idée créatrice qui se développe et se manifeste par l'organisation* » (Cl. Bernard). Nous tenons seulement à faire remarquer en passant que quelle que soit la réponse, elle est toujours métaphysique, même quand elle s'en défend, tant il est vrai « *que les métaphysiques inavouées, notamment celles que nous font les savants modernes, sont des métaphysiques tout de même* » (Péguy). Nous voulons rester sur le plan physique précisément parce qu'il est celui de l'action curative vers laquelle vous tendez. Si en effet les propriétés de la matière vivante obéissent à un déterminisme rigoureux, si le rude effort du biologiste aboutit, en dernière analyse, à nous faire voir dans la vie et dans la mort de nos organes le jeu des mêmes forces physiques et chimiques qui régissent la matière brute, il est clair que la médecine voit s'ouvrir devant elles des espoirs illimités. *Nous pouvons agir*, telle est la conclusion réconfortante qui se dégage de la méthode expérimentale. Dès lors, nous voulons agir et nous agissons.

Nous savons, le vieux Bacon nous en avertissait déjà, qu'on ne commande à la nature qu'en lui obéissant, c'est-à-dire en nous soumettant à ses lois. La tâche initiale du médecin est donc de s'instruire de toutes les lois biologiques qui ont pu être dégagées jusqu'à présent : c'est à cette seule condition qu'il peut espérer *intervenir*, c'est-à-dire introduire dans un mécanisme morbide la condition ou les conditions de sa restauration. En fait, et en restant toujours sur le plan scientifique, nous trouvons dans l'efficacité de la méthode expérimentale la légitimation de son emploi et des motifs plus que suffisants d'y persévérer.

Pragmatisme, direz-vous ! Soit. Mais ce n'est pas à des praticiens ou à de futurs praticiens qu'il appartient de faire de ce mot un reproche à une méthode qui leur apporte non seulement des promesses, mais qui fournit à leur action quotidienne les meilleurs de ses moyens. Peut-être me direz-vous encore, faisant vôtre le mot d'Hamlet : « *Il y a plus de choses sur la terre et dans le ciel, Horatio, qu'il n'y en a dans votre philosophie* ». Soit encore, et je suis tout prêt à contresigner cette phrase illustre, mais restons à notre place et répétons cette formule que Cl. Bernard emprunta à

Descartes pour en faire la conclusion de sa « Définition de la vie » : « *On pense métaphysiquement, mais on vit et on agit physiquement* ».

En restant sur le plan physique pour faire de l'histologie, pour cultiver les sciences biologiques et pour pratiquer la médecine, nous sommes sûrs, par surcroît, d'être utiles à nos semblables et de nous acheminer ainsi vers le but supérieur et le couronnement de la science : *connaître pour aimer*.

Gaston Michel



Leçon inaugurale : 1922

Ma première parole dans cette salle doit être une parole de remerciements et de reconnaissance à mes collègues qui, avec une unanimité dont je suis profondément touché, m'ont appelé à cette distinction suprême de succéder dans la chaire de clinique chirurgicale au maître éminent, toujours si actif, qu'une retraite que nous regardons tous comme prématurée, force à quitter un service où pendant de si nombreuses années il s'est tant dépensé,

Ma reconnaissance, je la dois à M. le Doyen MEYER, pour la bienveillance et la sympathie qu'il m'a toujours témoignées, pour les bons conseils qu'il m'a toujours donnés.

Il me permettra de rappeler les années de guerre, où vivant avec lui dans la même formation sanitaire, j'ai pu apprécier sa grande bonté, son esprit de dévouement, qui fait qu'il se donne à tous.

Je ne puis oublier que c'est lui qui avec la plupart de mes collègues a obtenu que la chaire d'ophtalmologie de mon si regretté maître ROHMER, fut transformée en chaire de médecine opératoire.

Favorisant ma titularisation, ils m'ont permis d'arriver à cette chaire de clinique chirurgicale, but si désiré de toute ma vie.

Je remercie M. le Recteur du grand honneur qu'il me fait en assistant à cette leçon, je le prie de croire à mon respectueux dévouement.

J'adresse aussi mes remerciements aux membres de la section permanente qui ont bien voulu ratifier, en 1921 et en juillet dernier, les vœux du Conseil de Faculté.

Mais ce n'est pas sans une profonde émotion que je prends la parole ici. Cette émotion est faite de ma joie d'avoir réalisé un idéal, mais surtout des souvenirs qui me sont chers !

Vous la comprendrez quand vous saurez que c'est dans cette salle d'opération que j'ai fait ma première entrée comme étudiant en médecine, c'est ici que j'ai vu ma première opération, c'est dans ce service que j'ai fait mes premières armes comme externe bénévole. C'est déjà bien lointain.

Mais si je retrouve la bonne et vénérable sœur Cécile que j'ai toujours vue et à qui je suis heureux de rendre un public hommage d'estime et de respect - Caroline, la brave et digne infirmière au dévouement absolu -, par contre combien de disparus, que de maîtres qui ne sont plus, que de camarades morts. Lors d'une leçon inaugurale, où bien malgré soi on est obligé de se mettre en avant, ce sont les figures de ces disparus qui vous apparaissent et l'on ne peut oublier que c'est à eux que l'on doit d'être devenu ce que l'on est.

Je ne puis que dire que grâce à des guides bienveillants, j'ai pu parvenir au but si désiré.

Quand on n'a jamais quitté la Faculté où l'on arrive professeur, on se voit entouré de collègues qui ont été vos maîtres, d'amis, avec lesquels on a parcouru les différentes étapes de sa vie.

Je ne puis que les assurer de mon entier dévouement, de ma reconnaissance. Merci au Professeur Pierre PARISOT, le conseiller si sûr et si dévoué ; à mon maître HAUSHALTER, dont j'ai été il y a bien longtemps l'externe, et qui veut bien m'accorder son amitié si précieuse. Merci au Professeur ETIENNE qui a bien voulu me préparer à l'internat avec le docteur Raoul ; à FROELICH que j'ai connu comme chef de clinique ; à JACQUES, mon ancien chef de travaux, alors que j'étais au Laboratoire d'Anatomie, et qui m'a

toujours, témoigné une inaltérable amitié, remontant à notre jeunesse ; à ANDRE, mon chef de clinique chez M. le Professeur GROSS, qui a toujours été pour moi l'ami dévoué et sûr ; à Louis SPILLMANN, avec qui j'ai passé de bien bonnes heures, lors de notre préparation au concours d'agrégation.

Un contact journalier avec eux vous laisse entrevoir ce que je leur dois.

Mes maîtres directs ont été le Professeur NICOLAS ; j'ai passé dans son laboratoire d'anatomie plusieurs années comme aide d'anatomie et prosecteur ; années de travail bien régulier et d'entraînement : années dont je me rappelle avec grand plaisir.

Mon premier maître en chirurgie a été le Professeur HEYDENREICH. Tous ceux qui l'ont connu ne peuvent oublier cette belle figure de chirurgien qui pour nous tous doit être un modèle. C'était un cœur bon et généreux, une âme droite et franche, un maître juste et bienveillant, un travailleur infatigable. Chirurgien méthodique et consciencieux, il est mort à 49 ans, victime du devoir professionnel ; il a montré un courage stoïque, en poursuivant malgré ses occupations intimes, jusqu'au bout ses multiples devoirs professionnels.

Il a été professeur de clinique chirurgicale dans ce service de 1885 à 1898. Il avait une érudition d'une rare étendue, un sens critique très sûr qui étaient le trait le plus marquant de son enseignement et de ses travaux scientifiques. Il attirait toutes les sympathies. Un tel maître ne peut être oublié, il a fait la gloire de sa Faculté, Je suis heureux de pouvoir lui rendre un dernier hommage dans cet amphithéâtre, où je le vois comme si c'était hier, faire sa conférence clinique ; je suis d'autant plus heureux de le faire que nous avons parmi nous deux collègues, ses parents, qui continuent à être les gardiens des belles traditions médicales.

Messieurs, j'ai eu le bonheur d'être l'interne et le chef de clinique de M. le Professeur GROSS. C'est à lui que je dois ma formation chirurgicale. J'ai la grande joie de pouvoir lui dire aujourd'hui toute ma reconnaissance.

Chirurgien ayant connu la période pré-antiseptique avec des maîtres comme Sédillot et Eugène Boeckel, des collègues comme Koeberlé, c'est lui qui fit connaître la méthode listérienne en Lorraine. Nous avons tous connu son activité, sa grande notoriété, son grand talent chirurgical. Etre l'assistant d'un tel chirurgien, était le seul moyen de devenir chirurgien à son tour.

Nous nous rappelons tous sa haute valeur morale, sa conscience professionnelle, sa probité scientifique. Je puis rappeler, sans blesser sa modestie, avoir entendu un maître parisien dire à l'Association française de Chirurgie, dont il a été un jour le président, à l'occasion d'une statistique d'hystérectomies : « *Voilà une statistique honnête* ». Quel plus bel éloge faire d'un chirurgien ?

C'est en vivant auprès de M. Gross, pendant de longues années, que j'ai compris ce que devait être la chirurgie élevée à la hauteur d'une véritable science exercée avec le respect de son prochain, c'est-à-dire une chirurgie qui ne néglige aucune des méthodes les plus précises et qui ne recourt à un acte opératoire, que lorsque celui-ci est rendu légitime par une étude préalable et approfondie du malade.

Grâce à M. le Professeur WEISS, j'ai pu continuer chez lui mon éducation chirurgicale.

Les circonstances de ma vie ont fait qu'à un moment donné, alors que j'étais un peu désemparé, un peu découragé, vous m'avez, mon cher Maître, recueilli dans votre service, vous m'avez donné l'hospitalité, vous m'avez permis d'opérer quelques-uns de mes malade ?, vous m'avez fait opérer, vous m'avez soutenu, encouragé. J'ai appris près de vous à poser des indications opératoires bien précises, j'ai profité de votre grand sens clinique.

Votre exactitude si scrupuleuse, votre grand dévouement vous faisant revenir trois ou quatre fois dans la même journée près de vos opérés ; tout cela doit être un exemple, et je suis fier de pouvoir le dire aux jeunes qui m'écoutent.

Et votre rôle pendant la guerre, que vous aviez si bien prévue, il faut bien en parler ; vous avez été un exemple pour tous, alors qu'elle vous avait été si cruelle.

Si votre belle activité, mon cher Maître, va être diminuée au point de vue chirurgical, elle pourra, nous l'espérons, se traduire de bien

d'autres façons, et je suis convaincu que vous n'oublierez pas ce service, que vous avez tant aimé, où vous vous êtes fait si aimer. Soyez assuré que toujours il restera le vôtre et que vous vous y retrouverez comme il y a quelques années alors que j'étais votre assistant.

Je ne puis oublier M. le Professeur CHRETIEN, c'est à cause de lui que j'ai pu garder un contact avec la Faculté, à ma sortie d'exercice de l'agrégation ; grâce à sa bienveillance, j'ai pu être nommé chargé de cours complémentaire de médecine opératoire. Dans sa retraite tunisienne, où il continue à déployer malgré son âge une grande activité et une grande énergie, je lui envoie un souvenir ému et reconnaissant.

Je n'ai pas été l'élève direct de M. le Professeur VAUTRIN, les exigences d'un statut absurde ont fait qu'il a été obligé d'abandonner un enseignement clinique, alors que j'aurais pu en profiter. Mais souvent il m'a accueilli dans sa belle installation de la rue Sainte-Marie, où j'ai pu admirer sa virtuosité opératoire, et en somme je lui suis redevable de beaucoup de points de technique. Il me permettra dans ce service, voisin du sien, d'avoir recours aux conseils de sa longue expérience.

Je ne puis oublier mes bons camarades du concours d'agrégation, je n'en citerai qu'un, le professeur agrégé Marion; je lui garde un reconnaissant souvenir.

Mes maîtres en médecine ont été les Professeurs BERNHEIM, SPILLMANN et SCHMITT, ces noms vous rappellent ceux de médecins vénérés, grands enseignants, qui ont laissé une forte empreinte sur les générations qui les ont écoulées. Un chirurgien doit avoir une formation médicale très importante ; ce sont ces maîtres qui me l'ont donnée.

Je remercie le Président de la Commission des Hospices d'avoir bien voulu malgré ses multiples occupations, assister à cette leçon. Nous nous inclinons tous devant la haute compréhension qu'il a de l'esprit de solidarité, esprit qui doit nous réunir, administrateurs

et médecins, pour le plus grand bien des malades ; qu'il soit assuré de mon entier dévouement. Il sera avec M. Jambois, dont je m'honore d'être un bien ancien ami, mon interprète auprès de la Commission administrative des Hospices.

Je prie Madame la Supérieure de cet Hôpital de recevoir l'hommage bien respectueux de celui qui dans la mesure de ses moyens, collaborera avec elle pour faire le plus de bien possible ; il n'aura qu'à suivre son exemple. Elle me permettra d'adresser un souvenir ému, à celle que ma génération a connu sous le nom de sœur Eugène, cette femme si bienveillante et si bonne et en même temps si énergique, Les jeunes doivent savoir que la Lorraine doit beaucoup aux Filles de la Charité qui sont devenues les sœurs de Saint-Charles et que leur histoire est absolument indissoluble de l'histoire de nos hôpitaux.

Vous voyez, Messieurs, qu'en somme, un individu n'est rien si on ne l'entoure des gens à qui il doit sa formation.

C'est pour cela que la tradition veut qu'un nouveau titulaire fasse une leçon d'ouverture.

Cette tradition est à maintenir pour montrer aux jeunes qu'ils doivent continuer la bonne tradition française, en se rappelant que s'ils travaillent, leurs maîtres deviennent surtout des amis.

Je viens de rappeler les noms de ceux à qui nous devons tous quelque chose du peu que nous savons, à qui notre reconnaissance doit aller à tout jamais. Mais eux-mêmes étaient les élèves de quelqu'un. Il y a une chaîne ininterrompue entre nous et nos ancêtres. Je crois qu'il est intéressant de savoir ce qu'a été la Chirurgie en Lorraine. Je voudrais vous montrer que cet art a toujours été très favorisé dans notre région.

Il a été réglementé sous les ducs, sous le règne de Stanislas, et après le retour de la Lorraine à la France, même pendant la période qui se termine à la Révolution, les décrets qui régissaient la chirurgie avaient chez nous des caractères spéciaux.

Cette étude a déjà été faite surtout pour l'enseignement médical en entier, les travaux de Tourdes, de René, les plus récents de Pillement, les publications de Pfister, de l'abbé Martin, sont excessivement

importantes. Après eux, il n'y a plus guère à glaner. Mais pour l'enseignement de la chirurgie, il a été surtout étudié par SIMONIN ; son travail est déjà bien ancien. Je crois donc que ce n'est pas faire seulement acte de copiste, que de reprendre cette étude.

Mon but est de montrer quelle a été l'évolution chirurgicale de notre école lorraine, de tracer les grandes périodes de cette école, surtout celle de l'Université de Pont-à-Mousson. Nancy n'a pas la célébrité des Universités de Montpellier et Lyon ; mais on oublie un peu trop son passé, et l'on a trop tendance à faire dater l'enseignement chirurgical de notre Faculté de nos désastres de 1870 ; avant, il y a eu un long passé bien intéressant à connaître. Ce passé est méritoire. La Lorraine constitue les Marches de l'Est, et l'histoire nous apprend les vicissitudes de ce duché. On est même étonné de l'influence intellectuelle qu'il a pu avoir au cours des siècles.

Nancy est toujours restée la capitale de la Lorraine et doit le rester.

Selon la mesure de nos moyens, tous nous devons contribuer à son renom, à son éclat, nous devons pouvoir être fiers de notre petite patrie et lui faire jouer un beau rôle dans la grande.

Vous, me permettrez de remercier tous ceux qui m'ont aidé dans mes recherches : le docteur Finement, si documenté et à la bibliothèque si garnie ; le docteur Donnadiou ; M. Denis, l'archiviste municipal si obligeant. Mais celui à qui je dois les meilleures directives est le regretté docteur Briquel, de Lunéville. Amoureux de sa Lorraine, Briquel m'a poussé et m'a encouragé par ses précieux conseils à faire ces recherches, il m'a confié des documents précieux, m'a passé ses notes ; je ne puis oublier les dernières heures passées avec lui, il y a quelques semaines, dans sa bibliothèque, où déjà bien malade, il se passionnait encore pour la vieille médecine et la vieille chirurgie lorraine.

Messieurs, pendant la période du Moyen Age, je ne trouve rien de précis à signaler au point de vue chirurgie. Les moines exerçaient l'art de guérir d'après les principes de l'Ecole de Salerne. Les ducs avaient des médecins italiens.

En 1160, le concile de Tours défend aux ecclésiastiques toute opération sanglante. Dès lors, toute la chirurgie fut exercée par des

laiques illettrés, barbiers qui ne trouvaient dans le duché aucune école, où ils auraient pu apprendre les connaissances nécessaires.

A cette époque, je vois signalé qu'un nommé Bailly fut envoyé à Paris par le souverain pour y apprendre le métier de barbier et de chirurgien.

Le duc Raoul promulgua un édit ayant pour but de punir les charlatans qui se mêlaient de faire de la chirurgie.

Il institua un titre d'office des barbiers et chirurgiens jurés, qu'il chargea vraisemblablement de veiller à l'exécution de ses ordonnances.

René II envoie une lettre patente datant de 1484 : « *Le Vème jour d'octobre, l'an quatorze cent quatre-vingt-quatre, Monseigneur le Duc, estant à Bar a créé, constitué, ordonné et estably maistre chirurgien-juré, en ses duchez de Lorraine et Barrois, Jehan Vincent, natif de Allonne.* »

Dans les trois évêchés, que je ne puis séparer de la Lorraine, les chirurgiens étaient obligés d'avoir l'approbation de l'Official de l'Evêché.

En 1507, Vary de Dommartin, évêque de Verdun, fait rédiger des statuts synodaux qui prescrivent les formalités et conditions imposées à ceux qui veulent exercer la chirurgie.

Et dans les statuts synodaux de Hugues des Hazards, évêque de Toul, qui datent de 1515, on trouve : « *Nous statuons en défendant que dosrénavant telles gens qui se disent medecins ou chirurgiens, ne soient sy hardies d'entreprendre charge de medeciner ou faire acte de cirurgie en nos citez et éveschés, sous peine d'excommuniement et d'autre amende arbitraire jusque à temps qu'ils seront examinés ou approuvez et admis par nous ou par notre Officiali estre idoynes et suffisans pour faire leur entreprise* ».

Actuellement, sommes-nous toujours sûrs malgré toute notre organisation moderne, que tous les chirurgiens « *soient idoynes et suffisans* » ? Je laisse cela à vos méditations.

Le 10 février 1596, sous le règne de Charles II, un édit accordait aux maîtres et barbiers « *une chambre et lieu publicque en l'hostel de ville propre pour s'assembler et ou se feront les dissections, anatomies et leçons en l'art de chirurgie* ».

Ce qui prouve donc une réglementation précise et un enseignement organisé.

Dans un article récent, Dorveaux nous dit qu'à Metz, en 1602, un corps de chirurgiens fut créé non par ordonnance du roi, mais par le maître échevin et son conseil.

On ne pouvait être maître chirurgien sans avoir subi un examen. Il est donc évident qu'en Lorraine et dans les trois évêchés, il y avait une organisation au point de vue chirurgie à la fin du XVIème et au commencement du XVIIème siècle.

Il faut se rappeler le cas qu'Ambroise Paré, dans Metz assiégée par Charles-Quint, fit de « *maistre Doublet* », barbier, qui au dire de Brantôme, faisait toutes ses cures « *par simple linge blanc et belle eau claire.* »

Ambroise Paré, en plus du siège de Metz, fit un assez long séjour en Lorraine. Vers 1597, 1604, au moment où Riolan et Malezieu discutaient sur les privilèges des chirurgiens, Paré reçut des éclaboussures et se tint à l'écart de ces querelles. Il vint à Nancy pour la maladie de la duchesse de Lorraine, et nous dit Malgaigne, il en rapporta la figure d'un nouvel instrument imaginé par Nicolas Picard, barbier nancéien.

On peut admettre que Paré a eu une influence sur les chirurgiens-barbiers lorrains avec lesquels il fut en relation. Certains barbiers-chirurgiens devaient rendre des services importants, puisque plusieurs furent anoblis par le duc Charles IV.

L'un d'eux, Jean Courlot, « *porte de gueule à trois urinaux d'argent posés deux sur un, le tout supporté d'un armet marin orné de son bourrelet* ». Un nommé Voillot a les mêmes armes, mais en 1571, sa veuve obtint la faveur de substituer à ces vases équivoques trois fusées d'azur.

Savez-vous combien touchait en 1592, le barbier des pestiférés ? Cent francs. C'est la somme que je trouve portée, au chapitre « *compte des receveurs de ville* ».

C'est vers cette époque que la corporation des barbiers et des chirurgiens s'est divisée en deux groupes : les barbiers-chirurgiens de robe courte, et la Confrérie de Sainte-Corne, chirurgiens de robe longue.

Le chirurgien de robe longue avait comme ambition d'imiter les médecins, de savoir comme eux le latin et de s'abstenir comme eux de l'action manuelle.

Il faut bien le dire, ce sont les barbiers-chirurgiens qui ont créé la chirurgie française.

Les barbiers eux, entraînés à l'œuvre manuelle, n'avaient pas de peine de passer de la saignée aux opérations, du rasoir au bistouri.

Au-dessous des barbiers, il y avait les inciseurs, les opérateurs errants « *sans peur sinon sans reproche* », suivant le mot de Verneuil, qui opéraient hernies, pierres et cataractes.

Dans les comptes de la Ville de Nancy, du 5 mars 1665, vous trouverez indiqué : retenue de Charles Bernouin, dit Lafleur, comme opérateur de la ville aux gages de 700 francs par année avec logement.

Ce Lafleur « *opérateur, distillateur, oculiste* », originaire de Grenoble, était le type des inciseurs. Les considérants de la ville à son sujet sont à signaler, ils vous permettront de vous rendre compte de ce qu'était un inciseur exerçant à Nancy au XVII^{ème} siècle.

« *Que ledit Lafleur, qui sans répugnance a pris jusqu'à six à vingt grammes, tant d'arsenic sublimé, réagale qu'orpiment et autres poisons préparés par maîtres apothicaires, d'ordonnances des médecins en publicque et hautement mangé les entrailles et but le fiel, la bave et le sang de crapaux ; mangé des vipères en publicque, s'en faire mordre et se garantir de tout par la seule vertu de son atavan, remède contre toutes sortes de venins, morsures, blessures, ulcères, ruptures ; fort expert à tirer les pierres de la vessie, à tailler les descentes de boyaux, à abattre les cataractes, guérir les ulcères putrides, taigne, loupes, escrouelles, paralysies, fait des preuves publicquement de la vertu de sa pierre médicinale, nommée Crolius, contre la brûlure avec des lames de fer ardent, avec huile, térébenthine, poix noir, soufre, lard, suc et plomb fondu, guéri les blessures une heure après.* »

On comprend sans peine, après une énumération semblable, que ledit Lafleur ait été attaché comme opérateur municipal à la ville de Nancy ; heureusement que pour nos collègues municipaux, l'épreuve « publicque » de manger les entrailles, de boire le fiel, la bave et le sang des crapauds n'ait pas été maintenue.

La fondation de l'Université de Pont-à-Mousson date de 1572.

Le cardinal de Lorraine, frère du duc de Guise, et le duc Charles III, obtinrent du pape Grégoire XII, une bulle portant que les Facultés de droit civil et canonique, et la Faculté de Médecine, seront dirigées par leurs doyens, professeurs et docteurs, d'après leurs statuts et usages à l'instar de celles de Paris et de Bologne, dont elles obtenaient tous les privilèges.

L'Université de Paris datait de 1206 ; celle de Montpellier, de 1220 ; celle de Strasbourg ne datait que de 1566.

Dès 1580, l'Université lorraine fut très prospère, et en 1594, on y comptait 900 étudiants.

Le premier professeur de médecine fut Toussaint Fournier, qui comme Barclay pour le Droit ouvrit des cours dans sa maison.

C'est Pierre Barot, qui le 3 janvier 1602, fait sa profession de foi, comme démonstrateur d'anatomie et de chirurgie.

Je ne veux pas refaire l'histoire de l'Université de Pont-à-Mousson. Je vous rappelle le nom de Charles Le Pois, dont la renommée était très grande, il était médecin, mais fit paraître, en 1625, une traduction d'un ouvrage espagnol sur le traitement des luxations.

Les professeurs de chirurgie qui succédèrent à Pierre Barot, furent Marc Barot, qui trop jeune, ne fut installé professeur que le 22 octobre 1641, onze ans après la mort de son père, Nicolas Guébin, en 1680.

Cette période est très troublée à cause des guerres, des épidémies. Pillement, doyen du 1er juin 1655, lettres patentes du duc régent Nicolas François, datées de Bruxelles, nomination confirmée par Louis XIII, signe avec Nicolas Guébin, un procès-verbal où ils avouent que depuis les guerres continuelles, ils se sont contentés d'examiner les candidats sans leur faire soutenir d'actes publics.

Aussi, après le traité de Riswick, le duc Léopold rendu à la liberté s'occupe de son « université ». Le 18 février 1707, paraissait un édit portant création d'une chaire de professeur de chirurgie à l'Université de Pont-à-Mousson. « *Chaire* », dit-il, « *destinée à un professeur qui y enseignant la chirurgie élève dans cet art des sujets qui puissent servir d'autant plus utilement le public, que joignant une bonne*

pratique à une parfaite théorie, ils se rendront plus sûrs et plus certains dans leurs opérations. »

Avouez que l'on ne peut mieux montrer les avantages d'une double formation pratique et théorique. La théorique ayant tendance à être un peu trop abandonnée de nos jours.

Léopold ne laissa pas à la Faculté, le soin de recruter son nouveau collègue. Il nomma à cette chaire son premier chirurgien, Eustache Malissain. Celui-ci n'était pas docteur, cela ne gêna pas Léopold. Au commencement de 1707, il avait adressé une lettre de cachet à la Faculté pour lui signifier d'avoir à conférer le doctorat à Malissain.

Cet abus de pouvoir fut le point de départ d'une lutte entre la Faculté et les chirurgiens de Nancy.

Malissain ne fit son cours qu'un an, il démissionna et sa charge fut achetée par Pacquotte, qui avait été nommé professeur à la place de Pillement, en 1697.

A propos de Malissain, il est intéressant de rappeler un détail qui ne manque pas de charme.

Les démonstrateurs et professeurs de chirurgie, à Pont-à-Mousson, jouissaient de l'usufruit d'un terrain consacré au Jardin botanique de la Faculté et du terrain du vieux château ; ils faisaient tous de la botanique. Heureux mortels !

Malissain, lui, avait un autre office : François-Eustache Malissain, premier chirurgien de Léopold, professeur à la Faculté de Pont-à-Mousson, était « *grand maître des châtreux de Lorraine et du Barrois* ».

Je dis tout de suite que l'office n'était pas exercé par les titulaires, ils en déléguaient les fonctions. L'office de maître des châtreux était donc simplement un privilège, sinon très honorifique, du moins pécuniaire.

Ce titre devait bien faire sur les cartes de visite d'alors. S'il avait vécu à notre époque, quel matériel il aurait pu avoir pour la chirurgie du rajeunissement.

Guillaume Pacquotte, mort en 1723, a comme successeur Maurice Grandclas et Joseph Jadelot qui fut doyen.

Un médecin de cette époque eut une certaine renommée, il était originaire de Bar-le-Duc.

Il avait inventé une poudre spécifique contre le cancer, il se nommait Pierre Alliot. Il fut appelé à donner ses soins à Anne d'Autriche qui le nomma son premier médecin.

Le topique de Pierre Alliot longtemps secret était une préparation arsenicale sous forme pulvérulente.

Guy Patin eut la dent bien dure pour le médecin lorrain ; il le traita de charlatan et de médocastre.

Après la première invasion française, on offrit à Guy Patin, d'être doyen à Pont-à-Mousson, il ne répondit même pas ; il n'aimait pas l'Université lorraine, ni les Lorrains.

C'est à Pillement que l'on doit l'histoire de la grossesse extra-utérine, bien connue sous le nom de « *Historia fetus Mussipontani extra uterum, in abdomine, reperti et lapidescentis (1653)*. » Le brave Guy Patin, consulté à ce sujet, aurait mieux fait de se taire ; il estime que tout cela n'est qu'une fable d'Esopé, car, dit-il, « *aucune conception ne peut se faire en dehors de l'utérus, ou c'est un produit de l'utérus, ou ce n'est pas un fœtus.* »

Bartholin, consulté lui aussi, avait nettement vu qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine.

J'ouvre une parenthèse qui n'a rien à faire avec la chirurgie, mais partout, à propos de l'Université de Pont-à-Mousson et de sa valeur, on voit signalée la condamnation de certaines de ses formules.

Voici la, chose remise au point : En 1758, la Faculté de Paris censura sévèrement une trentaine de formules émanées de la Faculté de Pont-à-Mousson ; son doyen Boyer fut très acerbe.

Ces formules émanaient d'un médecin nommé Bailly. Elles avaient été saisies chez les apothicaires de la ville à la demande de la Faculté qui les avait soumises elle-même au jugement des diverses Facultés : Paris, Strasbourg, Montpellier (manuscrit n° 770 de la Bibliothèque publique de Nancy). Il ne faut donc pas se servir de ce fait pour dire que l'enseignement de la Faculté laissait à désirer.

L'Université de Pont-à-Mousson, dont nous devons être tous fiers, a eu une grande influence ; *Ses progrès allèrent, dit l'abbé Martin, jusqu'à donner des inquiétudes sérieuses à la vieille Université de Paris.*

La peste a été la première cause de sa ruine : de 1631 à 1635, la peste enleva trois professeurs, dont Charles Le Pois. 1634 fut la fin de sa splendeur ; en 1635, tout le poids de la guerre tomba sur la Lorraine. La rentrée fut tardive. De 1000 « escoliers », il en revint à peine 150.

L'Université reflorissait sous Léopold, mais nous allons voir les luttes entre chirurgiens et médecins, amenant le transfert de la Faculté de Médecine en 1768. Quels grades conférait la Faculté de Médecine de Pont-à-Mousson ? Comme dans les autres branches de l'enseignement universitaire, les trois grades ordinaires : le baccalauréat, la licence et le doctorat. Pour exercer la chirurgie, il fallait le certificat du professeur de chirurgie, constatant que l'on avait suivi son enseignement un an, puis l'on faisait un apprentissage de deux ans chez un maître chirurgien ou deux ans dans les hôpitaux, puis l'on passait trois examens de chirurgie au choix des maîtres de la Communauté des Chirurgiens, devant ces maîtres et un professeur de chirurgie. L'enseignement à la Faculté était donc très théorique. Cependant Bagard, d'après l'abbé Hyver, laisse entrevoir qu'il y avait à Pont-à-Mousson, un médecin stipendié de l'hôpital qui conduisait ses élèves à ses opérations. « *Parisot a occupé cette place, dit-il ; il conviendrait que Jadelot la reprît afin de continuer la clinique.* »

En somme, on apprenait la chirurgie chez un maître en chirurgie.

Le 27 août 1661, Charles IV reconnaissait que les chirurgiens formaient dans les duchés de Lorraine et de Bar, un corps centralisé. A sa tête, il y avait un premier chirurgien ; pour obtenir le titre de chirurgien, il fallait avoir été apprenti un certain temps et avoir fait son chef-d'œuvre devant le premier chirurgien et un de ses lieutenants, assistés de un ou plusieurs docteurs en médecine.

Le premier chirurgien de Charles IV était François Sellier. Après lui on voit les noms de Nicolas Rouvroy, de Jean Laurent, de Henri Cornuet, de Belleville. Mais cette charge de premier chirurgien était un office, elle fut supprimée pour être rétablie en 1711, par Léopold. Or, une ordonnance de 1708 obligeait les chirurgiens de se faire recevoir par le nouveau professeur de chirurgie, ce qui établissait la suprématie de la Faculté.

D'où conflit d'abord avec Levoyer, le premier chirurgien de Léopold, avec lequel Pacquotte dut s'arranger ; puis la cabale continuant, elle réussit à enlever à la Faculté de Médecine, le privilège d'examiner tous les chirurgiens du pays.

Le conflit devint très aigu avec Guillaume Desfarges, nommé premier chirurgien en 1737 ; il exigeait que l'on ne puisse exercer la chirurgie sans son autorisation. Il y eut procès, et le Conseil d'Etat dut s'occuper de la question en 1762.

C'est en 1768 que la Faculté de Médecine est transportée de Pont-à-Mousson à Nancy.

Le Conseil d'Etat règle de nouveau la réception des chirurgiens et rétablit la chaire de chirurgie.

Après la mort de Pacquotte, Maurice Grandclas et Joseph Jadelot font des démonstrations de chirurgie. Le nom de Jadelot doit être retenu comme doyen, il a toujours défendu les prérogatives de la Faculté.

C'est de cette époque que date le titre de docteur en chirurgie délivré par la Faculté de Nancy.

Dans les dernières années si troublées de la Faculté de Médecine de Pont-à-Mousson, émerge un nom, celui de Denis Rivard. Denis Rivard reçut son brevet de démonstrateur d'anatomie et de chirurgie, le 13 décembre 1720.

Rivard naquit à Neufchâteau, en 1683 ; à 16 ans, il part à Paris apprendre la chirurgie ; élève à l'Hôtel-Dieu, il acquit assez de réputation pour être, comme le dit un auteur de l'époque, de Chevrier, « *chargé en chef de la partie de la taille* ».

C'est à cette époque que Frère Jacques opérait en Hollande où il était pour échapper à ses persécuteurs, d'après sa méthode qui est devenue la taille latéralisée.

Rivard était si habile dans ce genre « *que de cent opérations faites sur les gens qui étoient attaquées de la pierre, il n'en manquoit pas quatre* ».

« *Léopold instruit par la renommée des connaissances supérieures de ce chirurgien, ne voulut point que la France se parât d'un bien qui lui était étranger. Rivard fut rappelé dans sa patrie avec une*

pension et revêtu de la charge de démonstrateur royal de chirurgie dans l'Université de Pont-à-Mousson. »

En 1706, Léopold fonda un hôpital à Lunéville qui devait devenir le refuge de tous les calculeux de la Lorraine et du Barrois.

L'opération de la taille se faisait en deux saisons, au printemps et à l'automne. De 1721 à 1737, Rivard opéra plus de 600 calculeux ; de 1738 à 1740, on relève 104 opérés dans les archives de l'hôpital de Lunéville.

Saucerotte, dont nous reparlerons, et qui succéda à Rivard, parle de 1629 calculeux opérés, dont 683 pendant les 35 ans que Saucerotte a opéré.

1435 ont été opérés par la taille latéralisée, 137 sont morts.

Sur 194 opérés par la méthode de Hawkins, avec les corrections de Louis et Desault, il y eut 10 morts.

Les opérés étaient entretenus aux frais du duc. A la mort de Léopold, Stanislas abandonna pour soutenir la fondation des ducs 1200 livres de France, et dans son testament, il ordonna que cette fondation continue.

Dans le premier volume de l'Encyclopédie française d'Urologie, Rivard est considéré comme un inciseur errant. Rivard était bel et bien un officiel, bien établi à Pont-à-Mousson, allant deux fois par an à Lunéville.

Il mourut en 1749. Il avait, comme le dit Dom Calmet, « *beaucoup de probité, de religion, de délicatesse et de conscience, qualités assez peu communes entre gens de sa profession* ».

Dom Calmet ne semble pas tendre pour les chirurgiens de l'époque.

Malgré tout ce qu'il faisait pour la chirurgie et les chirurgiens à Pont-à-Mousson et à Nancy, Léopold n'a pas eu confiance dans les chirurgiens lorrains.

Souffrant comme son oncle Louis XIV d'une fistule à l'anus en 1722, il fit venir le chirurgien parisien La Peyronnie qui pratiqua l'opération avec succès, le 21 décembre 1722.

D'après Dom Calmet, le duc donna « *50000 francs à Lapeyronnie, la duchesse un diamant qui en vaut la moitié, la ville de Nancy une bourse remplie de florins d'or* ».

Un détail à signaler dans les ordonnances de 1708 : Léopold enjoint aux professeurs d'être assidus à leurs leçons et exercices sans qu'ils

puissent s'en dispenser sans cause légitime qui sera approuvée par le doyen de la Faculté, et si « *aucuns d'eux y manquent voulons qu'il leur soit retenu sur leurs appointements pour chaque leçon deux francs barrois* ».

Léopold ne badinait pas.

Messieurs, il faut vous dire un mot des chirurgiens jurés et des chirurgiens stipendiés.

Les chirurgiens et médecins stipendiés datent de 1626, ils dépendaient de la ville où ils étaient stipendiés. Leurs rôles étaient multiples. Je trouve dans Lepage, à l'article « *Comptes de la ville en 1737 et 1741* » le relevé d'une somme donnée au sieur Petitdidier, chirurgien stipendié, pour remèdes et aliments fournis par lui à deux pauvres personnes atteintes de la maladie vénérienne, et que la ville a jugé à propos de faire soulager pour empêcher que cette maladie ne se communique. Même attribution à Lalande, chirurgien stipendié, pour la même raison. Ce fait est, je crois, intéressant à relever au point de vue de la prophylaxie.

Les chirurgiens jurés furent créés vers 1692 ; ils étaient, d'après Simonin père, chargés de la rédaction des rapports juridiques propres à éclairer les magistrats sur la gravité et l'issue probable des lésions physiques causées par des mains imprudentes ou criminelles.

Les chirurgiens jurés ont donc été les ancêtres des médecins légistes actuels. M. le Professeur Parisot, dans un discours prononcé le 13 novembre 1913 à la séance de rentrée de l'Université de Nancy, a étudié d'une façon complète et fort intéressante, le rôle du chirurgien juré qui assistait aux séances de torture et soignait ensuite le malheureux inculpé.

Au point de vue exercice de la chirurgie, l'ordonnance de 1708 avait un paragraphe ainsi conçu : « *Défendons à tous chirurgiens qui ne sont point maîtres, de faire aucune opération de conséquence, comme trépan, amputation, etc., sans le secours et assistance d'un maître chirurgien.* »

Messieurs, nous avons vu comment on était reçu maître en chirurgie, que l'on passât ou non à la Faculté de Médecine de Pont-à-Mousson.

Nous avons vu les rivalités existant entre la Faculté, le premier chirurgien et la Communauté des Chirurgiens.

Il y avait à Nancy depuis le milieu du XVII^{ème} siècle, un collège de médecine, dont le fondateur avait été Charles Bagard en 1752. Bagard et Harmant ont été les médecins les plus connus de ce collège de médecine.

Une mauvaise langue de cette époque, plus que probablement un médecin, a écrit ceci : « *Je ne dirai, rien des Bagard et des Harmant, on les connaît peu, leurs pratiques ne se plaignent plus, ils ont soin de les empêcher de parler.* ».

Phrase d'un jaloux, car Bagard a laissé derrière lui un certain renom. Bagard a soigné Voltaire, quand il était à Commercy.

Bagard et le collège de médecine étaient en lutte avec la Faculté.

Un nouveau rival allait surgir. La Faculté de Pont-à-Mousson est transférée à Nancy en 1708.

Les lettres patentes du 5 août 1768, ordonnent le transfert pour le 1^{er} octobre 1768.

La Faculté s'installe dans les bâtiments du Collège royal des Médecins, pavillon de la place Stanislas, ancien théâtre et cercle militaire.

Le professeur de chirurgie et le prosecteur d'anatomie ne quittèrent pas Pont-à-Mousson, à la translation de la Faculté.

Le Collège de Chirurgie est créé en 1770 ; le 27 juin, le premier chirurgien du duc, lors de la réunion du duché à la France, voit son office supprimé par lettres patentes du mois de février 1770.

Les chirurgiens de Lorraine, vont être réglementés par le roi de France et son premier chirurgien, La Martinière.

Pour exercer la chirurgie, il faut se faire admettre par les maîtres chirurgiens du Collège ; une école royale de chirurgie à l'instar de celles établies dans les autres grandes villes est créée dans le Collège de Chirurgie.

Cette école est composée de cinq professeurs, dans les lettres patentes du roi données à Versailles, le 20 novembre 1771, enregistrées à la cour souveraine, le 1^{er} février 1772 ; la composition de cette école est la suivante :

La Martinière, premier chirurgien du roi ; professeurs, les sieurs Garosse, Louis Bruant, J.-B. Laffite fils, Dominique La Flize, Richard Pierrot.

Bruant faisait le cours d'ostéologie et de maladies des os ; Laffite, le cours d'anatomie ; La Flize, le cours des maladies chirurgicales ; Richard Pierrot, le cours des accouchements.

Les cours étaient suivis par les candidats à la maîtrise en chirurgie.

Pour être admis, il fallait avoir suivi le cours au moins un an. Il fallait avoir exercé avec application et assiduité pendant trois ans, chez des maîtres en chirurgie, dans les hôpitaux des villes frontières ou dans les armées, ou au moins deux ans dans les hôpitaux de Paris.

Il y avait trois examens, tous en plusieurs séances. Puis l'on était agrégé au collège de Nancy après un examen de trois heures, sur les principales parties de la chirurgie ; l'interrogation était faite par le lieutenant du premier chirurgien, les prévôts, le doyen de la Faculté, en présence de tous les maîtres du collège.

Tel est bien résumé, le programme des études, au Collège royal de Chirurgie.

Les spécialistes herniaires, dentistes et oculistes, pour le bailliage de Nancy, avaient des examens spéciaux.

La police de la chirurgie était faite par les prévôts qui avaient droit de visite dans les maisons particulières, les hôpitaux, les enclos, les collèges.

Tous les ans, le lieutenant du premier chirurgien allait chez tous les maîtres-chirurgiens.

Je note dans ces ordonnances sur la police de la chirurgie, que je ne fais qu'esquisser, ce paragraphe :

« Aucuns chirurgiens, maîtres ou autres, généralement quelconques, ne pourront lever aucun appareil posé par un autre, hors le cas d'un péril évident qu'en sa présence ou après une sommation bien et dûment faite après interdiction. »

Cet autre encore : *« La démonstration des opérations en cas qu'elle ne puisse se faire sur un sujet humain, se fera sur des animaux pour des opérations du bas-ventre et de la poitrine et sur la tête d'un veau pour le trépan. »*

C'est de 1770 que date la séparation des chirurgiens et des barbiers (29 juin 1770).

Les barbiers, perruquiers, baigneurs, clavistes des duchés de Lorraine et de Bar, forment alors une communauté.

Ils avaient le droit d'avoir « *des boutiques peintes en bleu, fermées de châssis à grands carreaux de verre, sans aucune ressemblance aux montres des Maîtres chirurgiens et de mettre à leurs enseignes, des bassins blancs pour marque de leur profession et pour faire différence de ceux des maîtres chirurgiens qui en ont des jaunes* ».

Dans la lettre patente du 20 novembre 1771, enregistrée en la cour souveraine, le 1er février 1772, il était défendu à toute personne d'exercer conjointement ou séparément quelques-unes des parties, même à tous ecclésiastiques séculiers ou réguliers ou autres, de faire aucune incision, opération, ni pansements, à peine de cinq cents livres d'amendes.

Cet article VIII ne comprenait pas les Frères de la Charité, fondés par le roi de Pologne, et ceux établis à Gondreville.

La fondation datait de 1748, le contrat de 1750. Les Frères de la Charité avaient un hôpital rue Sainte-Catherine, qui devint sous la Révolution l'Hôpital Marat ; ils firent des opérations imprudentes ; le Collège de Chirurgie se plaignit souvent d'eux.

Seront aussi exemptés de l'article VIII : « *pour le fait du rétablissement des membres disloqués, cassés ou froissés, Jean-Joseph Fleurot et ses quatre fils, demeurant au hameau de la Broche, connus sous la dénomination des gens du Val-d'Ajol, ensemble et leurs descendants* ».

Cette dynastie des Fleurot a été célèbre jusqu'en ces dernières années en Lorraine. Le baron de Percy, dans ses *Mémoires*, raconte avoir été les voir plusieurs fois.

Les Fleurot avaient certainement une grande compétence. Ils méritaient certainement plus la reconnaissance officielle que le nommé Durafort, marchand à Lunéville, nommé par Léopold, le 30 mars 1713, « *renoueur ou remboiteur à la suite de la Cour* ». Il peut continuer son négoce, mais reste à la disposition de la Cour pour « *rhabiller et renouer les os rompus et luxés, de même que pour la guérison des extensions des nerfs, des nerfs tressaillis, contusions et autres incommodités causées par des chutes.* »

Messieurs, pardonnez-moi ces digressions que j'ai regardées comme intéressantes, d'autant plus qu'elles se trouvent dans ces ordonnances royales de 1770 à 1772, qui régissent la chirurgie en Lorraine jusqu'à la Révolution.

J'en reviens au Collège royal de Chirurgie. La Cour en enregistrant les lettres le créant, avait mis comme condition qu'il ne serait apporté aucun changement à la chaire de chirurgie attachée à la Faculté.

La chaire de chirurgie ne fut cependant pas rétablie faute d'émoluments autres qu'un droit de 25 francs barrois payable par chaque étudiant en chirurgie.

Le premier chirurgien du roi se serait certainement opposé à son rétablissement pour garantir les droits du Collège de Chirurgie qui faisait des cours très complets.

La Faculté n'osa engager un procès.

Elle se borna à de vagues protestations. Son ressentiment contre les chirurgiens fit qu'elle empêcha le Collège de Chirurgie de trouver un local, qu'il chercha de 1770 à 1793.

Sur les dix-huit Facultés qui existaient en France, la Faculté de Nancy était encore une des neuf qui conservaient de l'activité.

En 1789, comme professeurs au Collège de Chirurgie, on trouve : J.-B. Simonin, Dominique La Flize, qui était devenu lieutenant du premier chirurgien et J.-B. Lamoureux, professeur d'accouchements ; il est à noter, qu'en 1774, Mme du Coudray fut appelée à Nancy pour former des sages-femmes.

Vers 1790, on commence à trouver la tutelle du premier chirurgien du roi trop onéreuse. A Nancy, les examens des candidats à la maîtrise étaient très bons, dans les petites villes, ils étaient franchement mauvais. On demande qu'on efface la différence entre la chirurgie et, la médecine, qu'il y ait un art unique.

C'est la Révolution qui va réaliser cette réforme.

De cette époque plusieurs noms sont à retenir, mais je ne vous parlerai que de deux chirurgiens : Nicolas Saucerotte, de Lunéville, et Moreau, de Bar-le-Due, alors Bar-sur-Ornain.

Nicolas Saucerotte est né à Lunéville en 1741 ; il fit son apprentissage à Epinal, chez Altain, maître en chirurgie, tout en

suisant les cours du collège ; il prend son grade de maître en chirurgie pour Remiremont, après avoir servi à l'armée pendant la guerre de Sept Ans, de 1758 à 1761. En 1762, nommé lieutenant du chirurgien du roi et juré aux rapports stipendié pour Lunéville en 1765 ; maître es arts à la Faculté de Pont-à-Mousson, le 16 septembre 1766 ; correspondant de l'Académie royale de Chirurgie en novembre 1766 ; nommé par La Martinière en 1770, greffier du premier chirurgien du roi ; chirurgien-juré aux rapports en 1770 ; correspondant du Collège royal de Chirurgie en 1773 ; en 1776, professeur-d'accouchements à Lunéville sur présentation de La Martinière ; en 1777, chirurgien major de la gendarmerie jusqu'au jour de son licenciement en 1788 ; lieutenant du premier chirurgien du roi en 1785 ; lithotomiste en chef des duchés de Lorraine et de Bar, par adjonction au sieur Ruette, 1777 ; titulaire en 1785. Quitte Lunéville avec son régiment en 1791. Le 28 prairial an II, il était chirurgien en chef des armées du Nord ; le 27 messidor an II, de l'armée de Sambre-et-Meuse. Il représenta au Conseil de Santé, réorganisé par la loi du 12 pluviôse an III, l'élément chirurgical en compagnie de Villars, Heurteloup, Ruffin ; il prit sa retraite comme inspecteur du Service de Santé, le 17 ventôse an V. Il mourut à Lunéville, le 15 janvier 1814, le jour de l'entrée de l'armée russe à Lunéville.

Nicolas Saucerotte eu une grande réputation en Lorraine, il lui fait honneur. Son buste est parmi ceux que vous voyez autour du palais de l'Académie. Sa formation est purement lorraine. Il a laissé une longue descendance de médecins ; le dernier médecin de ce nom est notre confrère, Louis Saucerotte, mort pour la Patrie pendant la guerre de 1914-1918, après avoir vu l'occupation de Lunéville en 1914, par les Allemands, comme son aïeul avait vu l'occupation de Lunéville par les Russes en 1814.

Nicolas Saucerotte a laissé des travaux très importants sur les blessures du crâne, sur la taille. J'ai parcouru ses notes particulières, que sa famille a bien voulu me confier ; elles sont des plus intéressantes, et Nicolas Saucerotte représente bien le type du chirurgien de la fin du XVIIIème siècle.

Moreau, de Bar-sur-Ornain, est un des chirurgiens qui firent les premières résections osseuses. Avant lui, je ne vois guère que Vigaroux, de Montpellier, qui avait fait sa première opération en 1676, mais son opération n'a été publiée par son fils qu'en 1812.

xxx, de Manchester, fit sa première résection en 1768 ; son opération est rapportée par Park, de Liverpool, en 1787 ; la traduction de Park, par Lassus, date de 1784, et sa lettre à Parcival Pott ne fut connue en France qu'en 1784.

Moreau, originaire de Vitry-le-François, maître en chirurgie de Bar-le-Duc, prend ses titres à la Faculté en 1784 : bachelier, licencié, docteur en chirurgie. C'est le 13 août 1782, que Moreau fit sa première résection de l'articulation tibio-tarsienne. L'observation fut communiquée la même année à l'Académie royale de Chirurgie. Elle n'en tient pas compte. Deuxième mémoire en 1786. L'Académie n'y accorde pas la moindre attention. En 1786, à Cousances-aux-Forges, Moreau père fit en présence de Barthazard, chirurgien du lieu, une résection de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïdale correspondante. Troisième mémoire de Moreau en 1789, qui rencontre les plus vives contradictions ; on trouve plus commode de nier que de discuter les faits. Il faut que Percy rende justice à Moreau. Détail à noter : Percy a été attaché en qualité d'aide-major à la compagnie écossaise de la petite gendarmerie de Lunéville, de 1776 à 1782-83. Il avait peut-être entendu parler de Moreau.

Quoi qu'il en soit, en 1792, lors du passage de l'armée de Kellermann, à Bar-sur-Ornain, pour aller au camp de la Lune, Percy et Chameralat, chirurgien en chef de l'armée, assistèrent à une opération de Moreau.

C'est après que Percy eut recours avec tant de succès aux résections dans les coups de feu des articulations. Il ne faut donc pas oublier que c'est un chirurgien exerçant en Lorraine qui a posé le premier le principe des résections.

Dans son Mémoire de 1789, il dit ceci : « *Quand la carie affecterait toute l'articulation, dans pareille circonstance, je l'emporterais, je mettrais les os coupés à même de se toucher ; je tiendrais le membre fixé comme dans une fracture, et y attendrais patiemment que les pièces osseuses se soudassent.* »

Rien de plus précis.

Ce mémoire date de 1789, alors que la première résection faite par Moreau, date de 1782. Le nom de Moreau est actuellement bien peu connu des chirurgiens français.

J'ai regardé comme un devoir de lui rendre la justice qui lui est due ; car, comme Lorrains, nous pouvons et nous devons être fiers de lui.

J'aurais pu vous donner, grâce au regretté Briquel, toutes les thèses de doctorat en chirurgie de cette époque. Ce serait une étude trop longue, mais très intéressante et qui devrait être reprise.

Je me borne à vous répéter que la formation chirurgicale était bonne, en Lorraine, aussi bonne que partout ailleurs.

Le 18 août 1792, une loi volée par l'Assemblée législative abolit les Universités, les dix-huit Facultés de Médecine et les quinze Collèges de Médecine ou de Chirurgie qui existaient en France.

Un an après, la Convention acheva cette œuvre de destruction en supprimant toutes les Académies et Sociétés patentées ou dotées par la nation.

Le décret du 8 août 1793 est rendu, chose à signaler, sur la proposition d'un Lorrain, le conventionnel Grégoire, rapporteur du Comité de l'Instruction publique.

Par la loi du 14 frimaire an III, trois écoles de santé sont fondées, à Paris, Montpellier, Strasbourg. Un moment Nancy devait être à la place de Strasbourg ; mais comme on voulait surtout former des officiers de santé pour les armées et les hôpitaux militaires, Strasbourg l'emporta.

Il n'y avait plus d'enseignement médical à Nancy.

Le 25 thermidor an IV, une Société de Santé se fonda, mais n'eut qu'une durée éphémère, et à partir du 2 primaire an XI, la médecine ne fut plus enseignée que d'une manière privée, par J.-B. Simonin, Alexandre de Haldat, Serrière et Bonfils. De Haldat et Serrière faisaient un cours d'anatomie et de physiologie dans l'ancien hôpital militaire.

Cette école libre reçut une consécration officielle sous la Restauration. Le 27 juin 1822, elle devient l'Ecole secondaire de Médecine.

En 1837, les trois hôpitaux : Saint-Charles, Saint-Julien, Saint-Stanislas réunis sous la même administration, ne possédaient que

deux chefs de service, un médecin en chef et un chirurgien en chef. Ces deux fonctionnaires se trouvaient chargés, comme professeurs, de la clinique médicale et de la clinique chirurgicale ; ils étaient assistés d'un médecin et d'un chirurgien-adjoint.

En 1843, le service médical de Saint-Charles restait affecté à la clinique médicale.

Il y avait un chirurgien-chef des trois hôpitaux, qui d'abord professeur-adjoint, devient professeur titulaire : Simonin avec un chirurgien-aide pour le service de chirurgie, et un chirurgien-aide pour le service de médecine.

En 1843, après une grande réforme de renseignement médical, l'école devient l'école préparatoire de médecine et de pharmacie. En 1854, il y eut une installation solennelle des Facultés des Sciences et des Lettres et de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nancy.

En séance publique, sous la présidence de M. Faye, membre de l'Institut, recteur de l'Académie de Nancy ; Godron, doyen de la Faculté des Sciences, Benoît, doyen de la Faculté des Lettres, Edmond Simonin, directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, prononcent les discours de rentrée.

Les décrets réorganisant l'Ecole de Médecine datent du 6 décembre 1854. Les décrets réorganisant les Ecoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie de Lyon et de Bordeaux, étaient du 13 août et du 10 octobre 1854.

Pour la chirurgie, les professeurs sont Edmond Simonin et Hochet.

L'anatomie et la physiologie étaient enseignées par Léon Parisot. Le chef des travaux anatomiques était Poincaré ; le professeur d'accouchements, Roussel. Le professeur de clinique interne était Victor Parisot.

Après 1856, les inconvénients de la réunion dans les services de fonctionnaires médicaux provenant d'origines diverses, notamment de l'Instruction publique par leur nomination, cessa d'exister.

Dès lors, l'unité désirable dans les services cliniques fut obtenue ; les professeurs titulaires, adjoints et suppléants étant tous nommés par le ministère de l'Instruction publique.

Par décret du 1^{er} octobre 1872, la Faculté de Strasbourg est transférée à Nancy avec son doyen Stoltz. Pendant 50 ans,

Strasbourgeois, Lorrains et Nancéiens, unis dans un même devoir, comme l'a si bien dit M. le doyen Meyer, « *nous avons pieusement conservé le dépôt confié à notre garde* ».

C'est en novembre 1872 que les maladies des yeux formèrent une clinique spéciale. A la fin de 1873, la Faculté de Médecine devant comporter deux cliniques chirurgicales, le service chirurgical est transporté à l'ancien dépôt de mendicité, qui reçut le nom d'Hôpital Saint-Léon. Le service qui de 1822 à 1873 avait constitué une seule clinique est divisé en deux. Ce sont les deux cliniques actuelles.

Les cliniques médicales restèrent à Saint-Charles, jusqu'au moment du transfert de tous les services à l'Hôpital civil actuel.

Messieurs, par cet exposé peut-être un peu long, vous voyez quelle a été la situation de l'enseignement chirurgical en Lorraine.

Malgré toutes les vicissitudes de la Faculté de Médecine de Pont-à-Mousson, de l'ancienne Faculté de Nancy, un rôle important a été rempli ; à nous tous de nous efforcer de le continuer et de l'augmenter.

Messieurs, je crois que nos ancêtres, même avec les moyens réduits qu'ils avaient à leur disposition, avaient vu juste en maintenant les trois ans d'apprentissage, pour pouvoir songer à devenir maître en arts ; et alors que la plupart des chirurgiens faisaient de bien petites opérations comparativement à celles que l'on fait actuellement.

Aujourd'hui, les débuts d'un chirurgien posent un terrible problème ; il faut qu'il commence un jour à tenir dans ses mains encore inexpertes la vie d'un être humain.

Comme le dit Fiolle, « *la période d'apprentissage est critique pour tout chirurgien. L'avenir dépend en grande partie du bonheur des débuts* ».

Messieurs, le grand principe de la formation chirurgicale, *c'est l'assistance*. En *aidant*, on observe, on s'instruit sans pouvoir nuire, on participe aux interventions sans en avoir la responsabilité. On peut s'assimiler les grandes règles générales de discipline chirurgicale.

Pour les jeunes qui m'écoutent, ne regardez jamais le rôle d'aide comme un rôle infime, soyez fiers de le remplir ; si vous êtes un bon

aide, vous pourrez devenir bon chirurgien ; mauvais aide, vous ne le deviendrez jamais.

Pendant la guerre, j'ai eu l'occasion d'être aidé par beaucoup de monde, soyez convaincu que l'on pouvait juger de la valeur d'un aide au point de vue chirurgical, rien que par un détail qui va vous sembler de peu d'importance, la façon de faire une ligature. Certains ne sauront jamais faire un nœud chirurgical, qu'ils ne se mêlent pas de faire de chirurgie.

Dites-vous bien que l'apprentissage de la chirurgie est long, il dure toute la vie. Il n'est pas une technique qui ne puisse être améliorée de quelque façon.

Seuls les chirurgiens médiocres peuvent être satisfaits définitivement quand ils sont arrivés à une certaine habileté. L'effort constant est nécessaire à qui ne veut pas déchoir.

Vous avez deux écueils à éviter : l'optimisme excessif et le scepticisme.

L'optimisme excessif entraîne aux actions déréglées. Le chirurgien qui croit ne jamais se tromper, qui ne doute jamais de lui, peut devenir dangereux. L'exaltation de certains chirurgiens est assez inquiétante.

Quant au scepticisme, qui n'est en l'espèce qu'une forme de pessimisme, c'est le pire des maux, dans un art où l'action a une si grande place et tend à annihiler l'effort et à stériliser la volonté.

Ne soyez pas pessimistes, mais ayez du scepticisme, ou plutôt beaucoup de sens critique, qui à l'occasion de certaines opérations mal étudiées, vous mettront en garde et vous empêcheront de commettre des fautes irréparables.

Tous nous avons fait la réflexion de Montaigne : « *Que sais-je ?* »

Mais il ne faut pas de doute à celui qui exerce la chirurgie. Le soulagement de la misère veut de l'enthousiasme. En présence du malade, laissez de côté toute critique. Un malade que vous allez opérer ne doit jamais penser que vous doutez.

Ne parlez de vos doutes au point de vue du succès opératoire qu'à l'entourage, si vous êtes sûr de sa discrétion.

Le plus grand faible des hommes, c'est l'amour qu'ils ont pour la vie.

La plus grande victoire, c'est celle qui impose une trêve à la douleur et à la mort.

Le médecin, le chirurgien, doivent toujours laisser derrière eux l'apaisement et l'espoir.

Lisez tous la magnifique monographie du bon et du grand chirurgien qu'est le Professeur J.-Louis Faure, intitulée : « L'Ame du Chirurgien », vous y verrez que l'exercice de la chirurgie demande une incontestable solidité morale.

Il n'est pas un seul acte de notre vie professionnelle qui n'engage des responsabilités redoutables. Faure, parlant du chirurgien, écrit :

« De chacune de ses pensées, de chacun de ses actes et parfois de ses gestes peuvent naître les événements les plus heureux ou découler les conséquences les plus tragiques. »

« La responsabilité du chirurgien et les angoisses qu'elle entraîne ne commencent pas seulement avec l'opération. Elles naissent à l'heure même où il prend la résolution de la faire. »

« C'est dans cette minute suprême, où face à face » avec sa seule conscience, le chirurgien se décide à agir, que se joue la grande partie et que se fixe le destin. Et la santé ou la maladie, la vaillance ou l'infirmité, la vie ou la mort sont suspendues à cette décision réfléchie, mais irréparable. »

Vous voyez la grandeur de notre rôle, vous voyez combien vous devez être armés pour le remplir.

La collaboration médico-chirurgicale est de plus en plus intime, il faut bien vous en pénétrer, pour que vous sachiez poser d'une façon sûre une indication opératoire.

N'opérez jamais sans que cette indication opératoire ne soit posée.

Si par malheur, vous avez un désastre, en faisant votre examen de conscience, vous vous poserez le problème de votre responsabilité directe.

En face de vous-même, vous vous demanderez si vous n'avez aucun reproche à vous adresser ; si vous avez agi comme vous deviez agir ; si vous avez été le bon chirurgien exécutant en toute conscience ce que vous avez cru être votre devoir.

Disons avec Faure : « *Aimons tous la chirurgie parce qu'elle nous rend meilleur, parce qu'elle nous pousse au travail, parce qu'elle est*

la source de l'énergie morale, de la bonté, parce qu'elle nous permet la pitié pour les faibles et les malheureux. »

Comme l'a dit si éloquemment Le Double : « Filles de la charité et de la souffrance, la médecine et la chirurgie, sont nées avec la première plainte de la première douleur. »

Par votre vie, par vos actes, montrez que vous avez au fond du cœur, autre chose que la soif de l'or, ou le désir de faire du bruit autour de votre nom. Dans cette période où nous vivons, à tendance beaucoup trop utilitaire, que les jeunes écoutent un ancien ; gardez un peu de cet idéal, qui a toujours été la beauté de notre profession ; la reconnaissance et le sentiment du devoir accompli, l'estime de ceux pour lesquels on s'est dévoué, sont des satisfactions qu'il faut toujours savoir désirer et pouvoir obtenir.

Marcel Dufour



Leçon inaugurale : 1924

Vous comprenez sans peine l'émotion que je ressens en prenant pour la première fois la parole dans la chaire qu'a illustrée mon Maître le Professeur CHARPENTIER. Vous comprenez aussi la joie qu'éprouve un Nancéien en rentrant dans sa ville natale. Je remercie les Membres du Conseil de la Faculté de Médecine de Nancy de m'avoir rappelé à eux. Mes chers Collègues, il y a cinq ans, j'ai préféré l'Algérie à la Lorraine, et vous ne m'en avez pas tenu rigueur. Je me réserve de plaider en séance du Conseil les circonstances atténuantes, mais je puis bien dire ici, que ce qui m'avait retenu en Algérie en 1919, ce n'était pas seulement la douceur du climat et la limpidité du ciel bleu. Mes chers Collègues, je vous adresse l'expression de ma plus vive gratitude, et je m'efforcerai par mon enseignement, de mériter la confiance que vous m'avez témoignée en me désignant au choix de M. le Ministre. Messieurs, il est d'usage, qu'avant de commencer son cours, le nouveau Professeur rende hommage aux travaux de son prédécesseur. Seulement, on ne loue que ceux qui ne sont plus, et c'est heureux pour moi, car la modestie de M. LAMBERT et mon incompetence relative en Physiologie ne me permettraient pas de vous exposer, comme il conviendrait, les travaux du Professeur que

je remplace. Mais vous me permettrez d'appeler votre attention sur l'œuvre du Professeur Charpentier.

Le 4 août 1910, Augustin CHARPENTIER est mort subitement à Argenton-sur-Creuse, où il était né le 14 juin 1852. Il avait commencé à étudier la médecine à Limoges, où il était interne des hôpitaux en 1872-1873. Puis il vint à Paris et y soutint en 1877 sa thèse de doctoral. L'ophtalmologie pouvait alors se réclamer pour l'un des siens, car il était chef de la Clinique ophtalmologique du docteur Landolt de 1875 à 1878, et élève des Laboratoires d'ophtalmologie et de pathologie expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes de 1876 à 1878. Reçu agrégé de la section de Physique médicale en 1878, il fut attaché à la Faculté de Médecine de Nancy, où il fut titularisé en 1879. Dans les premiers temps de son séjour à Nancy, il ouvrit un cabinet d'oculiste, et il faisait partie de la Société française d'ophtalmologie. Mais, sur les instances d'un haut fonctionnaire de l'Université, il renonça bientôt à sa clientèle pour se consacrer uniquement à ses fonctions d'enseignement et à ses recherches de science pure, y apportant toujours l'expérience d'un clinicien consommé. La science, qui lui doit d'importants résultats, a fait en Charpentier une grande perte. Le nombre des publications de ce savant modeste et laborieux s'élève à 289. Presque toutes ont trait à l'optique physiologique, car, s'il a touché à différentes branches de la Physique médicale, il s'est surtout appliqué à la physiologie de l'œil, où dans toutes les questions, même dans celles qu'avaient déjà discutées d'illustres devanciers, il a apporté une note personnelle. Son œuvre en Optique physiologique est immense. Pour s'en rendre compte, il suffit de se reporter à l'article *Optique physiologique* écrit par le Professeur André Broca dans le troisième volume de *l'Encyclopédie Française d'Ophtalmologie* : le nom de Charpentier y revient à chaque page. On peut voir dans cet article comment mon Maître a su reprendre, avec son esprit de critique pénétrante, la plupart des questions étudiées avant lui, et comment, par des expériences généralement très simples et souvent très ingénieuses, il a réussi à élucider les points les plus délicats. Déjà en 1883, l'Académie de Médecine lui avait décerné le prix Buignet. Depuis lors, il fut plusieurs fois lauréat de l'Académie des Sciences (prix Monthyon, médecine et chirurgie, 1885 ; prix Monthyon,

physiologie, 1891 ; prix Lacaze, physiologie, 1901). En 1898, il était élu correspondant de l'Académie de Médecine. Il était membre correspondant de la Société de Biologie depuis 1885, membre de la Société de Médecine de Nancy, membre et ancien président de la Société des Sciences de Nancy et de la Réunion biologique de Nancy. Il avait été président de la Section de Physique biologique au Congrès international de Physique de Paris en 1900. Il était officier de l'Instruction publique depuis 1890 et chevalier de la Légion d'honneur depuis 1906.

Ne pouvant signaler ici toutes les publications de Charpentier, je me bornerai à mentionner l'article magistral qu'il a donné dans le second volume du *Traité de Physique biologique*. La lecture en est sans doute un peu aride, mais le lecteur attentif y peut voir avec quelle sûreté le savant a su dégager les questions importantes et reconnaître les écueils à éviter. On trouve dans ce travail de Charpentier tout un traité d'Optique physiologique en raccourci, et il m'est impossible de vous donner même une brève analyse de ce mémoire déjà si condensé. Je voudrais seulement vous signaler deux points de l'œuvre de Charpentier : l'invention du *photoptomètre* avec ses applications multiples, et l'étude des *oscillations rétinienne*s.

Le *photoptomètre* est un photomètre disposé de façon à permettre la comparaison facile et précise d'éclaircissements très faibles et très peu différents. Avec cet instrument, Charpentier a pu étudier la sensibilité de la rétine dans différentes circonstances. « *En faisant varier, dit-il, la durée de l'action d'une lumière, son intensité, sa nature et sa grandeur, etc., on a les moyens de produire des différences corrélatives dans la sensation, et, si celle-ci constitue un mode de réaction essentiellement personnel qui ne peut être communiqué aux autres, mais simplement décrit, ce qui complique la démonstration, elle a au moins l'avantage d'être une réaction immédiate, directe, qui ne court pas le risque d'être déformée par l'intermédiaire des instruments. Il n'est donc pas exact de considérer, comme on l'a souvent fait, l'étude des sensations comme quelque chose de spécial soustrait par son essence même à l'expérimentation, seulement l'expérimentation a dans ce domaine, comme dans tout autre, ses conditions d'applications particulières.* »

L'existence des *oscillations rétinienne*s est un des faits les plus importants de l'Optique biologique. Charpentier écrivait : « *Il est un fait très important qui domine toute l'étude des impressions lumineuses, c'est la tendance que montre si nettement la rétine à réagir contre un état d'excitation donné par un état précisément contraire : le blanc appelle le noir, le noir appelle le blanc.* »

Tout le monde sait que, si l'on écarte le balancier d'une horloge de sa position d'équilibre, la pesanteur fait naître une force antagoniste qui tend à l'y ramener et que le pendule oscille. Si on attaque avec l'archet une corde de violon ou une lame élastique fixée par une de ses extrémités, elles tendent à revenir à leur position primitive et se mettent à vibrer. La réaction que ces corps opposent au déplacement qu'on leur imprime donne lieu à des oscillations. De même la rétine, soumise à une excitation et réagissant sous l'influence de cette excitation, devient le siège de phénomènes oscillatoires. On connaissait sous le nom d'oscillations de Plateau des oscillations à longue période qui se produisent avec les images consécutives. Charpentier a étudié plusieurs espèces d'oscillations plus brèves, les unes encore postérieures à l'excitation, les autres liées à l'impression lumineuse elle-même, dont elles marquent régulièrement le début : il a réussi à déterminer leur fréquence et leur vitesse de propagation.

Je ne puis m'étendre davantage sur des sujets aussi spéciaux. Je voudrais pourtant caractériser d'un mot la méthode employée par le Professeur Charpentier pour étudier une question : partant d'une idée simple, il savait la pousser jusqu'à ses dernières conséquences dans les différents domaines auxquels elle se rattachait. Cette analyse délicate, et qui pouvait sembler parfois un peu subtile, n'était pas toujours facile à saisir pour tous les auditeurs. Beaucoup d'élèves ont suivi les cours de ce maître éminent qui peut-être n'ont pas apprécié à sa haute valeur l'enseignement qu'il leur donnait. Il fallait, pour en sentir toute la profondeur et tout l'intérêt, pénétrer dans l'intimité de Charpentier. Seuls ceux qui ont eu la bonne fortune de travailler longtemps dans son laboratoire ont pu, au cours des entretiens familiers où le maître vénéré leur prodiguait ses conseils, juger de l'étendue et de la sûreté de son savoir : ils gardent le souvenir ému et reconnaissant de sa bienveillance et de sa bonté.

Messieurs, je veux vous parler aussi du Professeur GUILLOZ, bien qu'il n'ait pas occupé la chaire de Physique médicale de la Faculté de Nancy. Théodore Guilloz était depuis longtemps désigné pour succéder à notre Maître commun, le Professeur Charpentier, quand, victime de son dévouement à la science, il nous a été prématurément enlevé. Les services qu'il a rendus à la Faculté pendant son trop court passage parmi nous, ne doivent pas être passés sous silence. J'ai connu Guilloz en 1894 : nous étions tous deux chefs de Travaux de Physique, lui à la Faculté de Médecine, et moi à la Faculté des Sciences. Nos laboratoires étaient voisins, et nous cherchions, en abattant les cloisons étanches qui séparent trop souvent les deux Facultés, à coordonner nos enseignements respectifs pour les rendre plus profitables aux étudiants. Cette collaboration avec mon ami Guilloz m'a permis d'apprécier sa puissance de travail, son activité qui ne connaissait pas la fatigue, et son ingéniosité d'expérimentateur. Il s'était d'abord occupé d'Optique sous la direction de Charpentier : il avait surtout étudié les questions concernant la réfraction et la photographie du fond de l'œil. Mais en 1896, quand Röntgen publia sa découverte, Guilloz fut l'un des premiers à pressentir l'importance des rayons X en médecine, et il se consacra presque exclusivement à leurs applications cliniques : c'est lui qui a créé le Service de Radiologie de la Faculté, et qui, pendant la guerre, a organisé le centre radiographique de notre Hôpital militaire. Il avait fondé la Réunion biologique de Nancy, et il en fut longtemps la cheville ouvrière. Hélas ! L'on ne savait pas, il y a vingt-cinq ans, que les rayons de Röntgen étaient une arme à double tranchant, et les radiologues du début ne prenaient pas, contre leur action sur les tissus vivants, les précautions qui sont de rigueur aujourd'hui. Guilloz qui se dévouait de tout cœur à sa tâche, fut l'une des premières victimes, et ses dernières années furent assombries par la maladie dont il suivait les progrès en clinicien averti. Ceux qui ne l'ont approché qu'à la fin de sa vie n'ont pu apprécier à sa valeur le Maître que nous avons perdu.

Messieurs, vous vous associerez à moi pour adresser à la mémoire des Professeurs Charpentier et Guilloz un souvenir reconnaissant et pour faire parvenir à leurs familles un respectueux hommage.

Je dois maintenant payer un tribut de reconnaissance à tous ceux dont les leçons, à des titres divers, ont contribué à former mon esprit et à qui je suis redevable de ce que je sais, à mes Maîtres du Lycée de Nancy, et en particulier à mon Professeur de Philosophie, car c'est M. le Recteur Adam qui a commencé à développer chez moi le souci, le besoin du raisonnement logique et le goût des études scientifiques. Je dois exprimer ma profonde gratitude à mes Maîtres du Lycée Saint-Louis, à ceux de l'Ecole Normale et de la Sorbonne, à ceux de la Faculté des Sciences et de la Faculté de Médecine de Nancy, et à tous les Professeurs des Universités françaises et étrangères qui ont bien voulu m'aider de leurs conseils ; ils sont trop nombreux pour que je puisse les nommer tous, mais je veux au moins citer les noms des deux Maîtres qui ont fait de moi un oculiste, MM. les docteurs Kalt et Morax, et celui de M. René Blondlot, Professeur à la Faculté des Sciences de Nancy, dont le père, le Professeur Nicolas BLONDLOT, fut l'une des gloires de l'Ecole de Médecine de Nancy. Au début de ses cours à la Faculté des Sciences, M. Blondlot disait : « *Je ne comprends que ce qui est clair* ». Ses élèves s'apercevaient bien vite qu'il éclaircissait tout. C'est lui qui m'a initié à la recherche scientifique, c'est lui qui m'a appris à faire une leçon, et, si mes élèves apprécient les méthodes que j'emploie dans l'enseignement de la Physique médicale, c'est surtout à M. René Blondlot que devra s'adresser leur reconnaissance.

En rentrant définitivement à Nancy après dix ans d'absence, je ne retrouve plus ici tous les Maîtres que j'avais connus dans notre Université lorraine ; plusieurs sont entrés dans l'éternel repos, mais je n'oublie pas ce que je dois à MM. les Professeurs Floquet et Molk de la Faculté des Sciences, à MM. les Professeurs BERNHEIM, CHRETIEN, ROHMER, SPILLMANN, et à notre regretté doyen MEYER. Je garde le souvenir inaltérable du Professeur SENCERT, qui, après avoir été mon élève à la Faculté des Sciences, était devenu mon ami.

Messieurs, vous penserez comme moi que la meilleure façon d'honorer nos morts, c'est de travailler à leur exemple, en élargissant et creusant le sillon qu'ils nous ont tracé. Je voudrais donc vous dire

comment je chercherai à m'acquitter de la tâche qui m'incombe à la Faculté de Nancy.

J'ai commencé mes études scientifiques à l'Ecole Normale supérieure ; je les ai poursuivies à la Faculté des Sciences de Nancy, sous le décanat de M. le Professeur Bichat, puis à la Faculté de Médecine, sous le décanat de M. le Professeur GROSS. Je n'ai abordé la médecine que tardivement. Je crois que, pour s'occuper de Physique médicale, il est avantageux de posséder une double culture, mathématique et biologique. Helmholtz, dont on peut invoquer le témoignage dans un cours de Physique médicale, attribuait une bonne partie de ses succès à cette double culture qu'il possédait : les biologistes, prenant un contact plus intime avec le monde extérieur, sont à même de mieux connaître les problèmes qui présentent à un moment donné l'intérêt le plus pressant, et les mathématiciens possèdent une méthode capable de venir à bout de tous les problèmes, pourvu qu'ils soient correctement posés. Sans doute, il n'est pas donné à tous d'être un Helmholtz, et la plupart des savants doivent se contenter du rôle plus modeste qui consiste à vulgariser les découvertes faites par le petit nombre, mais il faut qu'un Professeur de Physique médicale soit à même de lire les travaux de ses voisins sans être arrêté par le langage mathématique. On ne peut lui demander de répondre tout de suite à toute question touchant de plus ou moins près à la Physique médicale, mais il doit savoir où chercher les renseignements, il doit être capable de comprendre les mémoires originaux, et d'en tirer la substance moelle dont pourront profiter ceux qui s'adressent à lui.

En m'entendant parler de la sorte, vous redoutez peut-être, Messieurs les Etudiants, que mes leçons ne portent la marque d'une certaine prédilection pour les mathématiques. Je vous rassurerai tout à l'heure sur ce point. Je connais de longue date l'antipathie que les calculs inspirent aux étudiants en médecine, et j'ai pour elle les plus grands égards. Je sais aussi que, pour beaucoup de nos élèves, l'antipathie qui s'attache aux calculs d'une façon injustifiée et pourtant compréhensible dans une certaine mesure, s'étend à toute la Physique : je ferai tous mes efforts pour dissiper chez vous cette prévention, et j'ose espérer que j'y arriverai. Je voudrais dès aujourd'hui vous faire

comprendre en gros l'utilité du cours de Physique médicale, et la direction dans laquelle j'orienterai cet enseignement.

La Physique médicale suppose la connaissance préalable de la Physique générale, qu'elle doit compléter sur certains points.

D'abord certains faits constatés et certaines lois énoncées dans les cours de Physique générale gagnent à être présentés d'une façon un peu différente à nos étudiants en médecine. Par exemple, on montre dans les cours d'Optique des lycées qu'un rayon lumineux, se propageant dans l'air et tombant sur un prisme de verre, se trouve après réfraction dévié vers la base du prisme. Mais ce qui intéresse l'oculiste, appelé, dans un cas de diplopie, à prescrire le port d'un verre prismatique, c'est de savoir dans quelle direction le porteur du verre apercevra l'image des objets vus à travers le prisme. Or il est de fait que si, sans préambule, dans un cours de Physique médicale, on pose aux étudiants la question : Où verrez vous l'image d'un objet regardé à travers le prisme ? Beaucoup d'élèves hésitent à répondre, et quelques-uns même disent que l'image semblera déviée vers la base du prisme. Le professeur de Physique médicale doit donc appeler l'attention de son auditoire sur ce fait qu'un objet regardé à travers un prisme semble déplacé du côté de l'arête. Et cela n'est pas un enfantillage : c'est seulement en faisant attention à de petites choses de ce genre que le Professeur rend son cours immédiatement intelligible et profitable à tous ses auditeurs.

En deuxième lieu, dans les cours de Physique générale, on fait certaines hypothèses restrictives, qui, en limitant une question, permettent d'en donner une solution complète. Mais les problèmes qui se posent à nous en Physique biologique et en Physique médicale sont d'ordinaire beaucoup plus compliqués que ceux que l'on étudie en Physique générale, et nous ne pouvons leur appliquer que sous certaines réserves les résultats qui nous sont fournis par la Physique générale. J'en donnerai ici deux exemples, empruntés l'un à l'Optique, l'autre à la Thermodynamique.

En Optique, dans les cours de Physique générale, on suppose que les surfaces séparant les divers milieux optiques (miroirs ou dioptrés) sont sphériques, et que les milieux transparents sont homogènes. On ne s'occupe que des systèmes centrés, et on ne s'attache qu'aux rayons très peu inclinés sur l'axe et passant à travers des diaphragmes

de très petite ouverture : on étudie ainsi l'Optique dans un espace filiforme, à travers un tube étroit. Mais, à la Faculté de Médecine, le système optique qui nous intéresse le plus, c'est l'œil : or, les surfaces de la cornée et du cristallin ne sont pas exactement sphériques, le cristallin n'est pas homogène, les dioptries successifs ne sont pas rigoureusement centrés sur le même axe, et la pupille, dans certaines conditions, peut avoir un diamètre presque égal aux deux tiers de la distance focale du système. Les hypothèses simplificatrices sont donc bien loin de se trouver réalisées dans le cas de l'œil, et nous devons indiquer à nos étudiants en quoi les théories qui leur ont été enseignées dans d'autres amphithéâtres s'écartent de la réalité qui nous intéresse : nous devons, si possible, compléter ces théories pour les rendre applicables aux problèmes qui se présentent en Optique médicale.

En Thermodynamique, les physiciens ont énoncé le principe de l'équivalence de la chaleur et du travail mécanique pour les systèmes de corps qui, après une série de transformations, reviennent à leur état primitif ou, tout au moins, sont susceptibles d'y être ramenés. Mais jamais, dans aucune expérience, nous ne retrouverons chez l'être vivant, qui vieillit, un état final identique à l'état initial. Tout au plus pourrons-nous trouver deux états équivalents, si l'équilibre nutritif de l'individu est assuré. Nous n'avons donc pas le droit d'appliquer *de plano* aux êtres vivants le principe de l'équivalence tel qu'il a été établi en Physique générale. Ce sont les travaux d'Atwater qui nous permettent de nous servir de ce principe en Biologie.

Il faut le dire à nos élèves en leur signalant les difficultés du problème et les lacunes de notre science. Dans la préface de ses *Leçons d'Algèbre et d'Analyse*, Jules Tannery, directeur scientifique de l'Ecole Normale supérieure, écrivait excellemment : « *J'ai horreur d'un enseignement qui n'est pas toujours sincère ; le respect de la vérité est la première leçon morale, sinon la seule que l'on puisse tirer de l'étude des sciences. Sans doute, il y a des démonstrations qui ne sont pas rigoureuses et qui sont excellentes, parce qu'elles laissent dans l'esprit une image qui ne s'efface pas, que l'on voit en même temps que la proposition, et dont la clarté suffit à guider dans les applications ; si elles présentent quelque lacune, il faut le savoir,*

et il est bon de savoir où est cette lacune. Aussi bien dans la vie pratique que dans la spéculation, il importe de distinguer ce que l'on comprend avec certitude, ce dont on est justement persuadé, ce que l'on croit : il est bon de distinguer les choses que l'on possède entièrement et celles dont on peut user sous certaines conditions. »

Ce que Tannery écrivait ainsi, touchant l'enseignement des mathématiques, conserve toute sa valeur pour les autres branches de la Science et en particulier pour la Physique médicale.

Enfin, Messieurs, comme certaines méthodes décrites et appliquées dans les cours et les travaux pratiques de Physique générale ne sont pas directement utilisables en Physique biologique et en Physique médicale, les professeurs des Facultés de Médecine ont à enseigner à leurs élèves certaines méthodes spéciales, et à leur présenter certains instruments, qui ne se rencontrent pas dans les laboratoires de Physique générale.

Prenons d'abord un exemple emprunté à la mesure des pressions. Le physicien ou l'ingénieur, qui veut connaître la pression à l'intérieur d'un réservoir, commence par greffer sur la paroi du réservoir un ajutage qui lui permette d'en mettre le contenu en communication directe avec un manomètre. Mais le physiologiste qui veut connaître la pression sanguine dans la carotide d'un cheval est obligé de recourir à un dispositif spécial, non étudié dans les cours de Physique générale, et emploie, par exemple, la sonde cardiographique de Chauveau. Le procédé auquel a recours le clinicien pour déterminer la tension artérielle d'un malade, peu disposé à se laisser inciser la peau et les tuniques de l'artère radiale, s'éloigne encore plus des méthodes manométriques en usage dans les laboratoires de physique ou dans les ateliers. Le clinicien doit mesurer la pression à l'intérieur de l'artère en laissant la paroi intacte : il le fait à l'aide de l'oscillomètre de Pachon ou du sphygmotensiomètre de Vaquez. De même, l'oculiste qui veut suivre l'évolution d'un glaucome emploie le tonomètre de Schiötz, qui lui fait connaître la tension oculaire en laissant intactes les enveloppes de l'œil. Ces méthodes et ces appareils particuliers à la Physique biologique et à la Physique médicale sont loin d'être aussi précis que les méthodes et les instruments employés par les physiciens dans les laboratoires, mais ce sont les seuls que les physiologistes et les cliniciens puissent

utiliser. Les résultats qu'obtiennent ces derniers, sans être d'une haute précision, leur donnent néanmoins des renseignements de première utilité. C'est avec le professeur de Physique médicale que les étudiants doivent apprendre à connaître ces instruments, les professeurs des Cliniques n'ayant pas le temps d'en expliquer à leurs stagiaires le principe et le fonctionnement. Et il faut, d'autre part, qu'un médecin digne de ce nom connaisse ses outils à fond, ou alors l'enseignement donné dans les Facultés de Médecine ne mériterait plus le nom d'Enseignement supérieur.

Le chapitre de l'Electricité nous offre des exemples analogues. Quand, dans un laboratoire de physique ou dans un atelier de construction, le physicien ou l'ingénieur a besoin de connaître la résistance d'une certaine longueur de fil de cuivre ou de fil de fer-nickel, il pince les extrémités de ce fil entre les bornes d'un pont de Wheatstone, et l'opération ne présente pas de difficultés. Mais le physiologiste qui veut expérimenter sur l'animal vivant doit prendre certaines précautions : il choisit les incisions à faire de façon à apporter un trouble aussi minime que possible aux fonctions vitales, il utilise des électrodes impolarisables, et il surveille l'intensité du courant employé pour ne pas altérer les tissus de l'organisme. Si le clinicien veut prendre sur un sujet un électrodiagnostic, sa façon d'opérer est encore plus spéciale : ne pouvant mettre les électrodes en contact direct avec le nerf sur lequel il veut agir, il est obligé de choisir des électrodes d'une nature particulière et de connaître sur la peau les points d'élection où il pourra appliquer ces électrodes de façon efficace, etc. Les résultats obtenus n'ont pas la précision de ceux que le pont de Wheatstone donne à l'électricien, mais le clinicien est obligé de s'en contenter, faute de mieux.

Les choses se passent de même en Optique. Pour déterminer la courbure d'un verre qu'on lui présente, l'oculiste emploie le petit sphéromètre dont se servent les opticiens, mais, s'il veut connaître la courbure de la cornée d'un sujet et rechercher l'astigmatisme cornéen, il lui faut faire cette détermination sans toucher à la cornée. Il emploie alors l'astigmomètre de Javal : méthode spéciale, instrument spécial.

Pour déterminer la distance focale d'une lentille mince, le physicien peut se contenter de mesurer la distance de cette lentille à un écran

sur lequel elle projette une image nette d'un objet éloigné. S'il s'agit d'un système centré composé, le problème est plus compliqué ; le physicien peut employer alors une des nombreuses méthodes qui ont été proposées à cet objet, celle de Cornu par exemple. S'il s'agit de déterminer l'état de réfraction d'un œil, la marche à suivre sera toute différente : le médecin pourra, dans certains cas, faire appel aux sensations subjectives du patient, il cherchera par tâtonnements à choisir le verre correcteur convenable : c'est la méthode de Donders. Mais il y a des cas où cette méthode subjective ne peut être appliquée, quand on cherche, par exemple, à corriger l'amétropie d'un enfant trop jeune pour qu'on puisse se fier à ses réponses, ou quand on examine un sujet ayant intérêt à ne pas dire la vérité (conscrit, ou accidenté du travail dont la bonne foi peut être suspectée). Alors l'oculiste est obligé de recourir à une méthode objective, et il pratique l'ophtalmoscopie ou la skiascopie.

Les quelques exemples qui précèdent suffisent à montrer sur quoi doit porter l'enseignement de la Physique biologique et de la Physique médicale : *énoncer sous une forme immédiatement utilisable pour le médecin les faits établis dans les cours de Physique générale, indiquer en quoi les questions à étudier en Physique biologique ou en Physique médicale diffèrent des questions analogues étudiées en Physique générale, exposer les méthodes et présenter les instruments dont l'emploi spécial s'impose au physiologiste, et au médecin.*

Voilà le triple but que je chercherai à atteindre dans mon cours de Physique médicale. Je ne veux pas entrer ici dans le détail du programme que je me propose de suivre, mais je tiens à signaler dès aujourd'hui un chapitre spécial de cet enseignement, le chapitre qui concerne les applications thérapeutiques des rayons X et du radium. La question est pour nous tout à fait à l'ordre du jour, puisque sous la direction de M. le Professeur Vautrin, s'organise à Nancy un Centre régional de lutte contre le cancer.

Les ressources plus que modiques du laboratoire que je dirigeais à Alger ne m'ont pas permis jusqu'à présent d'aborder le sujet au point de vue expérimental, mais je n'en ai pas dédaigné le côté théorique. M. le Professeur Bergonié m'avait chargé d'étudier les conditions

dans lesquelles on pourrait créer à Alger un centre de lutte ; j'ai présenté à M. le Gouverneur général de l'Algérie un rapport sur la question, et je mettrai de tout cœur au service de ma ville natale les connaissances que j'ai pu acquérir en la matière.

Une même chose pouvant être enseignée de bien des manières, le professeur doit choisir, pour donner son enseignement, la forme qui convient le mieux à son auditoire. Nous sommes donc amenés à nous demander : sous quelle forme la Physique médicale doit-elle être enseignée aux futurs médecins pour qu'ils puissent retirer de cette étude tout le profit possible ?

A cette question, je réponds sans hésiter : *l'enseignement de la Physique dans les Facultés de Médecine doit être franchement expérimental*. On m'a raconté qu'au cours d'un examen, Helmholtz demandant un jour à un étudiant s'il savait ce que c'était qu'un thermomètre, et s'il en avait vu, l'étudiant lui répondit : « *Un thermomètre est un tube de verre avec du mercure dedans. On en voit à la devanture des opticiens. Il y en a de petits et de gros. Ah ! non, je me trompe, les gros, ce sont des baromètres.* » Je n'oserais me porter garant de la véracité de cette anecdote, mais elle me paraît bien typique. Ce n'est pas aux devantures des opticiens que les étudiants doivent apprendre à connaître les instruments dont ils se serviront plus tard, c'est dans les locaux de la Faculté. Je dis donc que l'enseignement de la physique dans les Facultés de Médecine doit être franchement expérimental. Ce n'est pas que, pour mon compte, je dédaigne les théories (on pourrait au contraire m'accuser d'avoir consacré trop de temps à l'étude des questions de Philosophie scientifique). Mais voilà trente-cinq ans que j'appartiens à l'Université ; vivant depuis trente ans avec des étudiants P. C. N. et des étudiants en médecine, je crois avoir acquis à leur égard quelque expérience pédagogique. Pendant ce temps, j'ai pu me convaincre que, à part quelques très rares exceptions, nos étudiants ne s'intéressent qu'à ce qu'ils voient et ne retiennent que ce qu'ils ont vu. Les raisonnements abstraits n'ont pas de prise sur eux quand ils ne sont pas soutenus par des expériences. C'est là pour moi une constatation bien établie, dont un professeur de Physique médicale doit tenir grand compte, s'il veut que ses leçons puissent porter quelque fruit.

Les programmes d'enseignement de la Physique médicale comportent des cours théoriques et des travaux pratiques.

En ce qui concerne les travaux pratiques, je crois qu'il est avantageux pour les étudiants de manipuler avec des appareils un peu grossiers mais robustes, pour que le souci de ne pas détériorer l'instrument ne devienne pas chez eux prédominant, comme le souci de ne pas crever le tapis chez celui qui débute au jeu de billard. Mais les manipulations doivent être complétées par des démonstrations, faites avec des appareils de précision, susceptibles de recevoir un réglage rigoureux. Etant donné le peu de temps que vous passerez dans mon service, il ne vous sera guère possible, MM. les étudiants, d'y acquérir le doigté nécessaire au maniement rapide et correct des instruments. Cela, vous l'apprendrez plus tard, dans les cliniques ; j'ose espérer néanmoins que le temps passé au laboratoire de Physique médicale ne vous sera pas inutile.

Messieurs, en Physique médicale, nous faisons des mesures et nous sommes par conséquent amenés à faire quelques calculs qui, d'ailleurs, ne dépassent guère le niveau de la règle de trois. Nos étudiants manifestent une répulsion accentuée à l'égard des mathématiques : je regrette vivement cet état d'esprit, mais je pense qu'il s'écoulera forcément un temps assez long avant que nos élèves soient capables de s'intéresser à une formule et d'en tirer tout ce qu'elle contient. Pour arriver à ce résultat, il faudrait, je crois, modifier un peu l'enseignement des mathématiques et de la physique dans les lycées, où les cours sont presque toujours faits d'une façon trop abstraite. « *Les abstractions, disait Herbert Spencer, n'ont de sens pour l'enfant que lorsqu'il a découvert qu'elles sont tout simplement l'énoncé de ce qu'il discerne intuitivement.* » Il ne faudrait pas que les élèves puissent avoir cette idée fautive que les faits qui leur sont enseignés sont foncièrement différents de ceux qu'ils rencontrent dans la vie courante, où ils se trouvent constamment en face de petits problèmes, dont la solution exige l'emploi de procédés mathématiques plus ou moins relevés. Les phénomènes qu'on montre dans les expériences de cours, en les dégagant autant que possible les uns des autres, ne diffèrent pas dans leur essence des phénomènes complexes qui se présentent constamment à nous dans nos maisons, dans les rues et à la

campagne. Il n'y a pas de séparation radicale entre la science et la vie journalière. Je crois pouvoir, à bon droit dans une Faculté de Médecine, invoquer l'autorité de Pasteur, puisque l'influence de Pasteur sur la médecine a été si grande, que si l'on voulait diviser en deux périodes l'histoire de la médecine, on devrait distinguer la médecine avant Pasteur et la médecine après Pasteur. On trouve dans ses « Etudes sur le vin » une page qui m'a toujours frappé : « *Je me plais à rattacher aux explications de la science les usages techniques. Ils sont presque toujours, le fruit d'observations justes. Bien que la nature de mes travaux ne m'ait pas souvent rapproché de l'application, il m'a été donné maintes fois déjà de reconnaître toute la vérité des pratiques de métier. Il arrive bien parfois que c'est la vérité de la légende, mêlée de merveilleux ; mais, si cette pointe de miracle ne vous rebute pas, et que vous veniez à considérer les faits en eux-mêmes, vous reconnaîtrez à peu près invariablement qu'un usage quelconque, lorsqu'il est généralement suivi, est le fruit d'une expérience raisonnée, qu'il y a intérêt à ne s'en point écarter, et que la connaissance des phénomènes naturels qui s'y rattachent n'est vraiment complète que lorsqu'on peut en donner scientifiquement l'explication.* » Le physicien, qui sépare artificiellement les phénomènes, le fait uniquement pour pouvoir les étudier plus facilement. En agissant ainsi, il procède par une sorte d'abstraction sur laquelle il conviendrait peut-être d'attirer davantage l'attention des élèves. Si, à cet égard, l'enseignement secondaire prête à quelques critiques, la grande utilité des travaux pratique, de physique et de chimie, même pour les jeunes gens qui professionnellement n'auront jamais à faire plus tard d'opérations de ce genre, est précisément d'offrir aux étudiants l'occasion de rentrer dans le concret. Et le professeur de Physique médicale, pendant les courts moments que les élèves passent à son laboratoire, doit donner à ses explications une tournure qui les rapproche autant que possible du concret. S'il touche un point de mathématiques, il doit le faire en s'inspirant des idées que Laisant a prônées dans son petit volume *L'initiation mathématique*. L'emploi des constructions géométriques me semble d'une manière générale être plus avantageux pour nos étudiants que celui des formules algébriques. Voilà longtemps déjà que je cherche à écrire pour mes confrères en ophtalmologie un traité

d'optique à peu près exempt de calculs. Je crois être arrivé depuis peu à des résultats intéressants à cet égard, et je serai heureux d'en offrir la primeur aux élèves de notre Faculté lorraine.

En 1917, à la Faculté d'Alger, outre l'enseignement de la Physique médicale, j'ai eu à assurer le Service ophtalmologique. J'ai pu faire le cours d'optique médicale dans la salle de réfraction de la clinique ophtalmologique, et j'ai profité des circonstances pour présenter des malades à mes élèves : ceux-ci sentaient alors d'une façon plus immédiate l'importance pratique des théories que je leur exposais, et les leçons d'optique, perdant leur aridité, prenaient pour eux beaucoup plus d'intérêt. Il conviendrait peut-être un jour de faire l'enseignement de l'optique médicale dans les cliniques d'ophtalmologie, et, pour des raisons analogues, l'enseignement de l'électricité médicale dans les cliniques d'électrothérapie et de radiologie ; car les étudiants sont beaucoup mieux disposés à travailler dans les cliniques que dans les amphithéâtres où se font les cours théoriques.

Après avoir indiqué sur quoi doit porter l'enseignement de la Physique médicale, et après avoir dit dans quel esprit il me paraît convenable de l'entreprendre, il me reste à parler de la *méthode même d'enseignement*. Un professeur doit s'arranger de façon à tenir toujours en haleine l'attention des étudiants. La présentation d'expériences nombreuses contribue beaucoup à empêcher les élèves de sommeiller ou de penser à autre chose pendant les cours. On les intéresse facilement en leur donnant des explications relatives à un appareil qui fonctionne sous leurs yeux, ou à un phénomène dont ils peuvent observer les phases successives sans avoir à imaginer une série de représentations abstraites, ce qui serait pour eux un effort. On éveille encore davantage leur attention si, en leur montrant les pièces d'un instrument, on demande à l'un d'eux : « *Pourquoi, d'après vous, cette pièce est-elle disposée de telle façon ? Qu'est-ce qui va se produire quand nous la mettrons en action ?* » Les étudiants, toujours sous la menace d'une question qui peut leur être posée et à laquelle ils devront donner une réponse, suivent de plus près les explications fournies par le professeur.

D'autre part, dans les classes de mathématiques spéciales et de mathématiques élémentaires des lycées, on a reconnu depuis

longtemps la nécessité de faire subir aux élèves des interrogations régulières, et c'est un fait bien établi que ces interrogations, ces colles, si elles ne sont pas toujours du goût des jeunes gens, leur sont du moins extrêmement profitables. Elles constituent le seul moyen pratique d'obtenir que l'élève apprenne ses cours au jour le jour et s'assimile progressivement les matières qui lui sont enseignées. S'il revoit après chaque leçon les notes qu'il a prises à l'amphithéâtre ou au laboratoire, il retiendra beaucoup plus longtemps les explications qui lui ont été données que si, comme l'habitude en est malheureusement trop répandue, il se contente de prendre au cours des notes plus ou moins complètes, sans rouvrir ses cahiers entre temps, et de chercher, dans la dernière quinzaine qui précède l'examen, à en retenir par cœur quelques bribes pour pouvoir sauver la face au jour de l'épreuve. Je crois donc qu'il conviendrait de faire subir des interrogations fréquentes à nos élèves. Les interrogations fréquentes habituent les étudiants à s'exprimer d'une façon correcte, et elles permettent au professeur de savoir exactement à quoi s'en tenir sur le compte de ses élèves et de suivre leurs progrès. En général, les étudiants n'aiment pas que les camarades soient témoins de leur insuffisance sur certains points, mais la chose est secondaire, et il ne faut pas se croire humilié parce qu'on a répondu une bêtise à la planche. Croyez-vous, par exemple, qu'en passant au tableau je n'ai jamais récolté que des éloges de mes maîtres ?

Pendant la guerre, le nombre des élèves à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie d'Alger étant très réduit, voici ce que j'ai pu faire : à la fin d'une leçon, j'indiquais le sujet sur lequel devait porter la leçon suivante, et j'engageais les étudiants à jeter, avant de venir en cours, un coup d'œil rapide sur les chapitres correspondants de leurs livres. Le jour venu, j'envoyais un élève au tableau, je lui faisais successivement toucher du doigt les différentes questions et les différentes objections qui se posaient naturellement dans l'étude de ce sujet, et je le dirigeais de façon à lui faire trouver la voie dans laquelle il devait chercher la réponse à chacune de ces questions ou de ces objections. Ce que l'élève découvre ainsi par le travail de sa pensée est beaucoup mieux su que ce qui lui a été dicté. Comme l'a écrit Herbert Spencer dans son livre sur l'éducation : « *Il faut dire le moins possible à l'élève et lui faire trouver le plus possible.* » Dans

ces interrogations, je soulignais les difficultés auxquelles il était naturel de se heurter et le moyen de les écarter ; je signalais les erreurs dans lesquelles on 'avait tendance à tomber et la manière de les éviter. Avec cette façon de procéder, une erreur faite par l'élève qui est au tableau devient très profitable pour lui et aussi pour les camarades qui l'écoutent. Le maître peut demander aux auditeurs leur opinion : il peut, en traitant un sujet, se rendre compte du point délicat (qui n'est pas le même pour tous les étudiants) et insister sur les éclaircissements, de façon à ne passer à une question que lorsque la question précédente est pleinement élucidée pour tout le monde. De temps à autre, je faisais lire à mes élèves une page d'un traité classique, pour voir ce qui était susceptible de les arrêter dans l'intelligence des phrases écrites : c'est ainsi que les étudiants peuvent apprendre à lire avec profit un ouvrage ou un article de journal scientifique.

Cette manière d'opérer est d'ailleurs beaucoup plus fatigante pour le professeur que la méthode habituelle qui consiste à débiter tranquillement une leçon préparée d'avance, sans s'inquiéter de la façon dont elle est écoutée et dont elle peut être comprise par les auditeurs. Pour diriger convenablement une interrogation, et sur tout pour pratiquer la *maïeutique*, il faut que le professeur y mette beaucoup du sien ; le procédé exige du maître un travail préparatoire très poussé et une expérience pédagogique plus grande que celle qui lui est nécessaire pour faire tout simplement un cours magistral. Mais je m'occupe surtout des intérêts des élèves. Je n'affirme pas que cette façon d'enseigner soit praticable si le nombre des étudiants qui suivent le cours est très élevé, mais je cherche toujours à m'en rapprocher dans la mesure du possible.

Je songe souvent à l'examineur incomparable qu'était Jules Tannery. Ceux qui ont été interrogés par ce maître éminent n'oublient pas la bienveillance et la patience inlassable avec lesquelles il savait conduire une interrogation ; il orientait ses questions de façon à se rendre un compte exact de la valeur du candidat, sans jamais le décourager, et finissait par le mettre au pied du mur, pour bien lui faire sentir qu'il lui restait encore quelque chose à apprendre. Les idées de Tannery sur la pédagogie ont été réunies en un volume sous le titre *Science et Philosophie*. La lecture de ces pages serait

profitable à tous ceux qui s'occupent d'enseignement, et je veux vous citer ce passage de l'une de ses préfaces : « *Le parfait enseignement serait, à mon sens, un enseignement tel que celui qui l'a reçu et qui se l'est complètement assimilé s'étonne du peu de place que tiennent dans sa propre pensée les principes fondamentaux, les théories qui s'en déduisent, les méthodes qui en résultent, parce que ces principes sont si clairs, ces déductions si naturelles, ces méthodes si aisées qu'il peut à chaque instant les retrouver sans effort.* »

Malheureusement, les élèves ne rencontrent pas le professeur de physique qu'à la salle de cours et au laboratoire. Il y a encore la salle d'examens, et les rapports y sont parfois plus délicats. Je suis d'avis qu'il vaut mieux aborder carrément les questions scabreuses, persuadé que, si les deux partis sont de bonne foi, ils n'ont qu'à gagner à une explication franche. Voici donc bien nettement ma façon de penser : *l'examen ne doit être que la sanction du travail de l'étudiant pendant l'année.* Je trouve foncièrement injuste qu'un bon élève soit refusé pour une réponse malheureuse faite le jour de l'examen, et je n'admets pas que des connaissances absorbées hâtivement, je ne puis dire assimilées, dans les quinze derniers jours qui précèdent l'examen, puissent suffire à faire recevoir un candidat. « *Savoir par cœur n'est pas savoir* », disait, il y a longtemps déjà, notre vieux Montaigne. Ces connaissances mal digérées seront oubliées en moins d'une semaine et par conséquent, elles ne seront d'aucun profit pour les malades que vous aurez à soigner plus tard. En faisant passer un examen dans une Faculté de Médecine, c'est toujours aux malades que les juges doivent penser. En tous cas, quand vous aurez à passer un examen avec moi, ne perdez pas votre temps à vous bourrer la mémoire de détails destinés à être oubliés rapidement, et, dans les jours qui précéderont l'épreuve, ne vous fatiguez pas par un travail inutile pour vos malades à venir. Je ne vous demanderai que de faire preuve de réflexion personnelle et d'un peu de ce bon sens qui, au dire de Descartes, est la chose du monde la mieux partagée.

Messieurs les étudiants, j'ai cru devoir, dès notre première leçon, vous indiquer ce que je veux faire pour vous et ce que j'attends de vous. J'ajouterai que je puis compter sur la compétence et le

dévouement de mes collaborateurs directs : M. Lamy, agrégé de Physique médicale, a été l'un de mes meilleurs élèves à la Faculté des Sciences. Il a travaillé sous la direction des professeurs Charpentier et Guilloz, et j'ai été heureux de pouvoir, en toute sincérité, soutenir sa candidature au concours d'agrégation. M. le docteur Lambolez, admissible au dernier concours d'agrégation, n'a abordé la médecine qu'après avoir fait de sérieuses études à la Faculté des Sciences, et cette parité d'origine est bien faite pour lui mériter toute ma confiance.

Ce sont là mes collaborateurs du service de Physique médicale, mais je voudrais une sorte de collaboration avec mes collègues des autres services, car une Faculté de Médecine est comparable à un organisme dont les diverses parties doivent être associées en vue du bien commun. Je voudrais aussi vous avoir pour collaborateurs, Messieurs les étudiants ; je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer les questions que vous jugerez capables de vous intéresser plus spécialement, et, d'une manière générale, toutes les observations que vous serez à même de faire touchant l'enseignement de la Physique médicale. Je veux être pour vous, non pas un maître distant, mais plutôt un camarade plus expérimenté que vous, cherchant à vous guider et à vous préparer de son mieux à l'exercice de la profession médicale.

Messieurs les Etudiants, je pense que, dans ces conditions, le temps que vous passerez dans mon service ne sera pas pour vous du temps perdu, et que les connaissances acquises par vous au laboratoire de Physique médicale ne vous seront pas inutiles quand vous serez devenus des praticiens, et cela de quelque façon que vous ayez à exercer votre ministère, lorsque vous chercherez à prévenir la maladie par l'hygiène, lorsque vous établirez votre diagnostic, lorsque vous pourrez guérir vos malades ou au moins les soulager, et enfin, dans les cas désespérés, où, la thérapeutique étant impuissante, vous devrez encore apporter une parole d'espérance à ceux qui souffrent.

Paulin de Lavergne



Leçon inaugurale : 1931

Remerciements, tel est le premier mot que je veux prononcer ce soir.

Et d'ordinaire, le nouveau professeur se tourne vers ceux qui l'ont désigné au choix du ministre. Il reconnaît parmi eux les maîtres qui l'ont directement formé, ou des compagnons de sa jeunesse. Et il peut alors mêler à l'expression de sa gratitude, les paroles nécessaires de reconnaissance à ses maîtres, et le tribut de l'amitié.

Mais, puisqu'il ne m'a pas été donné d'appartenir comme étudiant à cette Faculté, il me faut bien, pour remplir tous mes devoirs, évoquer brièvement le passé, et retarder ainsi d'un instant le moment de vous dire, mes chers Collègues, ce que j'éprouve pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Fils et frère de médecin, je fis ma première année de médecine à l'Ecole de Poitiers. Reçu alors à l'Ecole du Service de Santé Militaire, c'est à Lyon que je poursuivis et terminai mes études.

Elles furent sérieuses, puisque faites dans la grande Faculté lyonnaise, où l'enseignement était solide et complet. Je garde une reconnaissance aux professeurs de Lyon à qui je dois ma première formation. Et j'ai souvent admiré combien ce que j'appris par la suite, apparaissait comme le complément harmonieux de notions reçues,

étudiant...

Les répétiteurs de l'Ecole ont, aussi, droit à ma reconnaissance, et je voudrais rappeler le nom de trois d'entre eux : celui des médecins généraux Braun, si tôt disparu ; Chavigny que je retrouvai au Val-de-Grâce, aujourd'hui professeur de médecine légale à la Faculté de Strasbourg ; et Lafforgue devenu professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Toulouse. Ce fut une bonne fortune pour moi que d'avoir rencontré M. Lafforgue à nouveau pendant la guerre ; séduit par sa vive et pénétrante intelligence, j'ai été conquis par son charme. Il a été pour moi, à ce moment, comme toujours par la suite, le conseiller le plus sûr. Je lui adresse l'expression de ma reconnaissance et de ma respectueuse affection.

Nous étions, du reste, entraînés au travail par l'exemple de jeunes médecins d'élite ; et je suis heureux de pouvoir saluer ici, ce soir, un des jeunes médecins d'élite de ce temps, en la personne du Médecin-Colonel Spick, Directeur du Service de Santé du plus beau Corps d'Armée de France, qu'entourent aujourd'hui comme autrefois, le respect et l'affection. De même, ai-je grand plaisir à retrouver le visage ami de quelques-uns de ceux qui vécurent avec moi les quatre années d'Ecole.

Vint ensuite le stage d'un an au Val-de-Grâce. Puis, après quelques mois passés dans une grande ville de l'Ouest, le retour à Paris. Aussitôt, je me préparai et réussis au concours qui ouvrait les portes de l'Institut Pasteur. Pendant un an, je m'imprégnai de l'esprit, des méthodes, des techniques en usage dans ce temple de la Bactériologie. L'ayant quitté, j'y revenais encore, comme je ne cesse d'y revenir, tenant à honneur d'être considéré comme un pastorien. Je me perfectionnai encore en Bactériologie, au Val-de-Grâce, au laboratoire de la section technique du Service de Santé, que dirigeait M. Sacquépée. Et j'étais là quand survint la guerre.

Pendant les trois premières années, je suivis comme brancardier, les régiments du 17ème Corps. En 1917, je fus affecté au laboratoire de la IVème Armée, pour participer aux recherches de son chef, M. Sacquépée, sur l'étiologie de la gangrène gazeuse et la préparation de sérums anti-gangréneux. Mois d'un labeur acharné, mais combien

passionnant, où il me fut donné de connaître, quoique je ne fusse qu'un disciple, cette joie ineffable de voir des blessés condamnés à périr, retrouvant, sous l'action d'un sérum nouveau, leurs forces et la vie. Enfin, ce fut l'armistice. Et un an plus tard, je réussissais au Concours d'agrégation du Val-de-Grâce.

C'était la troisième fois qu'à des titres divers, je revenais dans cette glorieuse maison. J'y connus et subis l'empreinte, non pas de Laveran qui venait d'en partir, mais de Vaillard, l'homme dont le nom restera pour toujours attaché à celui du tétanos, qu'il sut éclaircir et vaincre par la préparation du sérum ; de Vincent, dont une seule des découvertes suffirait à la gloire d'un bactériologiste et qui, tout récemment encore, fut choisi par ses Collègues du Collège de France pour faire l'éloge de Claude Bernard ; de Dopter dont les travaux sur la dysenterie et la méningite cérébro-spinale constituent une des plus belles pages de la médecine française ; qui assura, pendant la guerre, la protection des armées contre les maladies épidémiques, avec une efficacité et une maîtrise qui n'ont point trouvé de détracteur, et qui possède, à côté de qualités intellectuelles éminentes, un cœur, dont je sais toute la bonté ; de Sacquépée enfin, dont les recherches sur les infections paratyphiques, les toxi-infections alimentaires et la gangrène gazeuse, sont célèbres, qui joint à tant de science, tant de simplicité et de modestie, et auquel je demeure attaché par les liens de la plus respectueuse affection. Tous ces hommes, qui furent mes maîtres, ont pris comme objet de leurs recherches, l'infection. Et ils ont abordé les problèmes de pathologie infectieuse, par une double voie : celle de l'observation clinique, et celle des travaux de laboratoire. Telle est la formule qu'ils ont illustrée ; formé à leur image, cette formule est aussi la mienne.

Et c'est alors que, venu que venu de loin, sans attache aucune avec la Lorraine, étranger autant qu'on peut l'être, je suis arrivé parmi vous... Certes, ce n'est point sans quelque émoi que je fis mes premiers pas dans cette Faculté lorraine que le renom de ses maîtres a, de tous temps, auréolée de prestige. Mais votre accueil dissipa ce que j'aurais pu avoir de crainte. Très vite, je sentis que vous me traitiez comme un des vôtres, et bientôt je ne comptai plus les marques de votre

complaisance.

C'est à vous que vont tout d'abord mes remerciements, cher Doyen SPILLMANN, à vous qui, portant un nom déjà célèbre, avez su ajouter encore à son lustre. Votre situation dans le monde médical est de tout premier plan. Mais la grande influence que vous avez acquise, vous ne l'utilisez qu'au plus grand profit de la Faculté. Vous ne songez qu'à améliorer, qu'à faciliter le travail. Votre œuvre dans cette Faculté est déjà considérable ; elle vous fera placer parmi les grands Doyens. Ajouterai-je que vous n'avez cessé de me témoigner une confiance et une sympathie dont je suis fier ? Soyez assuré, en retour, de tout mon dévouement et de toute mon affection.

Il convient que je m'adresse à vous, Jacques PARISOT. Non point pour vanter vos mérites, qui sont éclatants, mais pour témoigner publiquement combien me fut précieuse la collaboration amicale qui n'a cessé d'exister entre le professeur d'hygiène et l'agrégé à sa chaire. Je n'ai point de plus vif désir que de voir se prolonger notre collaboration, et de demeurer votre ami.

Et maintenant c'est à tous les membres du conseil de Faculté que j'exprime ma gratitude. A vous, mes chers Collègues, qui n'avez cessé de me donner successivement tout ce que je pouvais espérer avoir, et qui, par un vote quasi-unanime, en m'appelant à cette chaire, m'avez conféré le plus grand honneur. Je vous en exprime ma très profonde reconnaissance, et vous donne l'assurance que je contribuerai, dans toute ma mesure, au bon renom de notre Faculté.

Enfin, en ce jour de remerciements, je ne veux pas oublier les étudiants des années précédentes, qui m'ont donné à plusieurs reprises, et ce soir encore, des marques de leur intérêt et de leur sympathie, m'apportant ainsi le plus précieux des encouragements.

Messieurs,

La Faculté de Médecine de Nancy possède maintenant une chaire de Bactériologie. Ce n'est point dire que, jusqu'ici, les microbes n'aient été ni enseignés ni étudiés. Et vous ne me pardonneriez pas si je n'évoquais ici, avec une déférente admiration le nom des deux grands

savants qui ont porté si loin le renom de la microbiologie nancéienne : celui de M. le Professeur MACE, pionnier de la Bactériologie, qui a tant contribué à sa diffusion, et dont le livre se trouve toujours sur la table des bactériologistes de tous les pays ; et celui de M. le Professeur VUILLEMIN. J'ai le souvenir très précis d'un jour où, jeune étudiant, je lisais le tome I du Traité de Pathologie Générale de Bouchard. J'en étais arrivé au chapitre intitulé : « Considérations générales sur les maladies des végétaux ». L'heure était avancée, et déjà je me disposais à fermer le livre, pendant que mes regards se portaient sur les premières lignes. Or il est arrivé qu'ayant commencé la lecture, je la poursuis-je d'une traite, jusqu' à la fin du chapitre. Et je demeurai étonné de la vive impression ressentie, du puissant intérêt qui se dégageait de ces pages qui n'avaient pu être écrites que par un grand esprit. L'article était signé Vuillemin. Et depuis, je n'ai jamais lu d'écrits de Vuillemin et notamment son dernier et admirable livre sur les Animaux infectieux, sans me rappeler cette impression de jeunesse, et aussi sans la revivre à nouveau. Car on ne peut méconnaître l'exactitude, la précision, la rigueur d'une description scientifique parfaite. La documentation est complète ; elle témoigne de la plus vaste érudition. Mais, de plus, tous les faits exposés sont dominés par une intelligence dont la lucidité est extrême ; la logique est irrésistible ; le pouvoir de généralisation, puissant. Et je ne m'étonne point de ce que les naturalistes de notre temps tiennent M. le Professeur Vuillemin pour un des plus grands parmi eux.

Enfin, je voudrais étendre cet hommage, si imparfait qu'il soit, rendu à M. le Professeur Vuillemin, à son élève direct, M. le Professeur THIRY, chargé de l'enseignement de la parasitologie, que l'estime de tous environne pour sa science et son dévouement ; je lui adresse mon plus cordial salut.

Ce qui est nouveau, c'est que l'enseignement de la bactériologie, jusqu'ici annexé à un autre enseignement magistral, est devenu lui-même autonome et complet. Cette création correspond à l'importance prise par la bactériologie en médecine, importance qui n'est discutée par personne et qui n'est plus à démontrer. Aussi, la nouvelle chaire

sera-t-elle de bactériologie médicale, le mot de bactériologie étant pris, non pas dans son sens strict, mais dans sa signification la plus large, qui le rend synonyme de microbiologie médicale.

Il ne faut point se représenter la bactériologie médicale comme une sorte de bactériologie fragmentaire, ni même comme une bactériologie d'application, qui consisterait à ne retenir de l'étude complète d'une espèce microbienne que quelques traits, seulement, immédiatement applicables au diagnostic et au traitement de l'infection correspondante. La bactériologie médicale possède un domaine bien à elle, vaste et complexe, nettement délimité cependant. Elle ne s'intéresse qu'aux seules espèces microbiennes pathogènes pour l'homme, et se propose avant tout, spécialement, d'étudier le « pouvoir infectieux » de l'espèce. Pour elle, les microbes ne sont objets d'étude qu'en tant qu'ils représentent des virus.

En bactériologie médicale, il faut d'abord et nécessairement commencer par étudier chaque microbe : connaître les mœurs, la biologie de l'espèce et toutes ses caractéristiques : posséder les techniques qui permettent de le retrouver, de l'isoler, de le cultiver, de l'identifier. Mais, si complète et minutieuse que soit l'étude d'un microbe, faite *in vitro*, elle ne peut en rien renseigner sur le pouvoir pathogène de ce microbe. Pour le déceler, il n'est qu'un seul réactif, la vie. Et c'est pourquoi, nous aurons tout particulièrement à étudier le comportement du microbe *in vivo* : chez l'animal en expérimentation, et chez l'homme, d'après les données de la clinique.

Il nous faudra rechercher, suivant chaque espèce, quel est son habitat et d'où provient l'agression ; quelles sont ses voies d'accès : quel est son cheminement à l'intérieur de l'organisme ; quelles sont ses armes, infection ou toxi-infection. Et, il nous faudra aussi étudier les divers processus par lesquels l'organisme réagit à l'invasion de l'agent pathogène, ce qui nous conduira à toucher aux questions d'allergie et d'immunité. Enfin, parvenus au terme du grand conflit qu'est l'infection, nous déduirons tout naturellement, bien groupées, cohérentes, les applications à l'étiologie, à la pathogénie, au diagnostic, au traitement, à la prévention de la maladie infectieuse

correspondante ; toutes notions indispensables au médecin, constamment aux prises avec l'infection.

Telle est la bactériologie que nous ferons, avec son double aspect : étude de l'espèce, étude surtout, du pouvoir infectieux de l'espèce. D'une telle bactériologie, il m'eût été agréable de vous retracer l'histoire, qui n'est qu'une longue suite de merveilles ; mais il vaut mieux regarder l'avenir...

Jules Watrin



Leçon inaugurale : 1938

Au seuil d'une nouvelle étape de ma carrière universitaire, je tiens à placer mes paroles liminaires sous le signe de la reconnaissance que je conserve à mes Maîtres, présents et disparus, pour m'avoir conduit d'une autorité diligente et sûre jusqu'aux degrés de cette chaire magistrale.

Mes mérites, à mes yeux, demeurent de bien peu de poids et ce n'est pas en eux, mais dans la manifestation de confiante estime qui se dégage du concert de vos suffrages, Messieurs les Professeurs, que je découvre le sens profond de la mission qui vient de m'être confiée.

Si vous avez bien voulu, en m'accueillant au milieu de vous, me juger digne de transmettre aux jeunes générations la tradition de probité scientifique qui assure à la Faculté de Nancy son sur rayonnement dans l'Université Française, il ne m'échappe pas qu'en me désignant à l'agrément de M. le Recteur, de la Section permanente du Conseil Supérieur de l'instruction publique et de M. le Ministre de l'Education Nationale, vous avez obéi à un sentiment de sympathie personnelle dont ma gratitude n'aura garde de perdre le souvenir.

Cette gratitude monte avec une particulière émotion vers vous, M. le Doyen, dont l'éloquence persuasive - si souvent dépensée en

haut lieu, avec bonheur, au service de notre Faculté a su dissiper quelque crainte que mon orientation clinique ne portât ombrage à l'enseignement technique que je n'avais pas redouté de solliciter.

Vous n'avez pas hésité à vous porter garant que l'anatomie et l'histologie, auxquelles s'étaient vouées passionnément les premières années de ma carrière, avaient imprégné ma formation de manière assez décisive pour que je ne sois pas taxé de témérité, en laissant mon âge mûr s'adonner à nouveau à toutes leurs séductions avec la foi ardente de mes débuts.

Il ne vous a pas suffi de m'accorder l'honneur de vos encouragements, quand je me suis ouvert à vous de mes intentions. Vous avez tenu à rapporter vous-même mes titres à l'accession de cette chaire et, le jour venu, vous l'avez fait en y ajoutant un tel accent de conviction que votre talent, dépassant mes mérites, a entraîné le vote qui devait si grandement m'honorer.

Messieurs les Etudiants, mes chers amis, en venant aujourd'hui si nombreux à cette solennité, vous remplissez mon âme d'un trouble qu'il lui est difficile de contenir, et cependant, nul peut-être plus que moi, n'est familiarisé avec les bancs de cet amphithéâtre où, il y a bien longtemps, jeune étudiant de deuxième année, j'enseignais l'ostéologie à mes camarades de première année. Je venais d'être désigné par M. le Professeur NICOLAS comme aide d'anatomie pour remplacer mon camarade HAMANT qui succédait lui-même, comme prosecteur, à M. COLLIN, devenu professeur agrégé d'histologie à la suite du concours de 1907 dont il sortait brillamment premier. Quelques mois plus tard, M. le Professeur Nicolas était nommé à Paris et c'est M. le Professeur ANCEL qui le remplaçait à la tête du laboratoire d'anatomie. Ceux d'entre vous qui n'ont pas eu le privilège de le connaître, ont certainement entendu parler de ce maître éminent, qui se plaisait à cacher, sous un aspect un peu rude, la plus exquise bienveillance : il exigeait de ses collaborateurs l'application, la ténacité, l'effort total qu'il s'imposait à lui-même. Expérimentateur passionné, il ne quittait le silence de son laboratoire que pour emplir cet amphithéâtre de son éloquence

précise mise au service d'un sens didactique incomparable. Il exerçait un tel ascendant sur ses élèves que je trouvai bien courtes les sept années que je passai dans son laboratoire comme aide d'anatomie d'abord, comme prosecteur ensuite. C'est sous sa direction que je m'initiai à la recherche scientifique et que j'entrepris mes premiers travaux d'histo-physiologie et d'endocrinologie. Aussi quand, en 1919, au lendemain de la guerre, il jugea, quelque amertume qu'il éprouvât de quitter la Lorraine, qu'il était de son devoir d'aller rejoindre à Strasbourg ses amis, les Professeurs BOUIN et SENCERT pour les aider à relever le flambeau du génie français sur les rives, reconquises du Rhin, il fallut toute l'affectueuse insistance de M. le Professeur Louis SPILLMANN dont j'étais devenu le chef de clinique, pour me retenir à Nancy. Je quittai alors le laboratoire d'anatomie pour celui d'histologie, où M. le Professeur Collin m'accueillait comme chef de travaux, le 1er février 1920. Là aussi, les années s'écoulèrent trop rapides, tant l'ambiance était réconfortante, et c'est avec regret que je dûs me séparer de ce maître à l'expiration de mon mandat d'agrégé. Du reste, vous connaissez tous, anciens et jeunes, le Professeur Collin. Je m'en voudrais de blesser sa modestie ; qu'il me permette cependant de vous dire qu'à travailler à ses côtés, on devient meilleur et qu'en y développant son goût du labeur, on y acquiert la passion de la vérité. Si la probité dont je parlais tout à l'heure est la plus belle qualité du savant, c'est à coup sûr à ce titre parmi beaucoup d'autres que M. le Professeur Collin s'est classé au premier rang des biologistes français.

Une telle empreinte aurait dû suffire à cristalliser mes efforts, et certains de mes maîtres ont pu regretter et regrettent peut être encore qu'il n'en ait pas été ainsi, mais ils me pardonneront, j'en suis certain, quand ils sauront que c'est sur les conseils de M. le Professeur Ancel, lui-même, que je m'intéressai à la clinique. Je m'engageai donc dans la voie des concours et devins, successivement externe, puis interne, et enfin chef de clinique. Des maîtres, qui guidèrent mes premiers pas dans l'étude de la pathologie, vous êtes le seul survivant, cher M. le Doyen. C'est chez votre vénéré père que je préparai l'internat en compagnie de mon ami CAUSSADE, entraîné à l'examen de malades par notre chef de

clinique d'alors, le Docteur Jacques PARISOT. La clinique, que dirige M. le Professeur PERRIN, retentit encore des leçons lumineuses que le Professeur Paul SPILLMANN « Le Maître » comme nous l'appelions dans un sentiment de respectueuse admiration, dispensait à un auditoire avide de s'instruire. Nul, autant que lui, n'a joui auprès du corps médical lorrain d'une popularité d'aussi bon aloi, nul n'a été aussi attaché à ses élèves, sinon ses élèves eux-mêmes.

Le Professeur BERNHEIM, chez qui j'accomplis ma deuxième année d'externat, n'était pas seulement un neurologue et un psychothérapeute universellement connu, c'était surtout et avant tout un grand clinicien, très épris de son art, à l'esprit finement observateur et dont les conceptions anatomo-cliniques étaient inspirées du plus pur esprit morganien.

En octobre 1909, ayant terminé ma troisième année d'études, je me présentai au concours de l'internat et ayant eu la joie d'être admis, je sollicitai une place dans votre service, M. le Doyen. Votre acceptation décida de l'orientation de ma carrière clinique, et comme je vous le disais, il y a déjà quatre ans au cours de votre fête jubilaire, c'est moins la science que vous enseigniez, que votre don d'enseigner et que surtout votre jugement fait de bon sens et de cœur, qui entraînèrent ma décision. Vous l'aviez du reste pressentie puisque vous demandiez et obteniez une création d'un emploi de chef de clinique de dermatologie et de syphiligraphie, mais vous teniez essentiellement à ce que la spécialisation, loin d'être excessive ou prématurée, fut marquée au coin d'une solide éducation clinique et se doublât d'une forte empreinte scientifique. Sur vos conseils, j'accomplis ma deuxième année d'internat chez le Professeur SCHMITT, qui venait de remplacer M. Bernheim et ma troisième année chez le disciple préféré de votre père, le Professeur HAUSHALTER. Les deux Maîtres avaient des qualités communes, un sens aigu de l'observation clinique, un cœur doué d'une extrême sensibilité : l'un et l'autre aimaient leurs élèves comme ils aimaient leurs malades.

C'est sur votre recommandation également que je quittai momentanément Nancy, pour aller dans cette mine inépuisable qu'est

l'Hôpital Saint-Louis, recueillir les savantes leçons des docteurs Brocq et Darier, qui en 1903, étaient les plus illustres représentants de la dermatologie française. Grâce à la complaisance de leurs chefs de laboratoire respectifs, les docteurs Pautrier et Civatte, déjà des maîtres à l'époque, je pus scruter à loisir leur magnifique collection d'histopathologie cutanée. Aussi c'est plein d'enthousiasme que je me consacrai, sous votre direction, à l'étude de la dermatologie et enfin je vous demandai, à l'expiration de mes fonctions de chef de clinique, de rester votre assistant et de me consacrer plus spécialement à l'étude anatomo-pathologique de la peau.

Depuis bientôt un quart de siècle, dans les locaux modestes de la Maison de Secours, puis à l'Hôpital Maringer, enfin à l'Hôpital Fourier, notre collaboration s'est développée sans heurts, sans difficultés. Je sais ce que je dois à vos enseignements, à vos conseils, et pour tout dire à l'affection avec laquelle vous vous êtes inlassablement penché sur mes travaux. Votre expérience a su guider mes incertitudes, votre sollicitude a suivi avec intérêt les étapes de ma carrière scientifique et clinique, et votre dévouement m'a aidé à franchir celle qui me vaut aujourd'hui l'insigne honneur de devenir votre collègue. Je vous en remercie du plus profond de mon cœur et vous demande de trouver dans l'hommage solennellement renouvelé ici de mon indéfectible attachement, l'expression la plus pure de ma très vive et déférente reconnaissance.

Permettez en outre au nouveau professeur de manifester publiquement son admiration au Doyen, qui a toujours mis au service des causes qui lui paraissent les plus justes, toute son énergie et toute son autorité, et qui, par l'aménité de son caractère, la finesse et la droiture de son jugement, la verve captivante de sa parole, s'est vu renouveler par cinq mandats successifs la confiance unanime de la Faculté.

Messieurs,

La chaire d'anatomie pathologique n'a eu, depuis sa fondation à Nancy, que trois titulaires, mais qui l'ont illustrée de telle façon que leur souvenir rend bien périlleuse pour moi la succession que je recueille.

Le Professeur FELTZ, agrégé de la Faculté de Strasbourg, quitta cette ville en 1872 lors du transfert de la Faculté alsacienne dans la capitale lorraine. Il fut nommé professeur d'anatomie et de physiologie pathologique : ses leçons, empreintes d'un cachet très original, furent suivies par de nombreuses générations d'étudiants, qui gardèrent à ce Maître, un souvenir bien particulier. C'était, en outre, un savant qui avait le goût de la recherche expérimentale ; ses travaux sur la présence des infusoires et sur l'état du sang dans les maladies infectieuses, son traité des embolies capillaires, ses études sur le virus charbonneux, sur l'urémie expérimentale, lui avaient acquis une haute notoriété et lui valurent d'être nommé membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Le Professeur BARABAN qui lui succéda, après une courte suppléance de Paul HAUSHALTER était agrégé de chirurgie, mais il n'avait pour cette discipline qu'une affection modérée. C'était un homme de laboratoire, qui avait acquis, dans le service du professeur Feltz, une connaissance approfondie des choses du microscope et qui occupa du reste pendant deux années la chaire d'histologie avant de prendre possession de celle d'anatomie pathologique. Doué d'une solide mémoire, observateur perspicace, patient, attentif, il avait conservé très précis le souvenir d'innombrables constatations nécropsiques et microscopiques et se plaisait à les exposer dans le cadre familial du laboratoire ou de la salle de travaux pratiques.

Le Professeur HOCHE, qui le remplaça en 1905, ne fut nommé professeur titulaire qu'en 1910. Il n'en reste pas moins acquis qu'il a initié trente deux promotions d'étudiants à l'étude de l'anatomie pathologique : c'est là un titre enviable, auquel s'en joignirent bien d'autres, au cours de sa longue carrière de professeur. Agrégé de médecine au concours de 1903, il se sentait attiré vers la clinique et c'est dans cet esprit qu'il conçut l'enseignement de l'anatomie pathologique.

Il s'est efforcé de le rendre le plus pratique possible ; ainsi il s'est astreint à assurer lui-même, le service si absorbant des

autopsies, qu'il a dirigé avec une compétence et une autorité admirées par ses collègues. Beaucoup d'entre nous se souviennent encore des discussions si pleines d'enseignement que soulevait le Professeur Bernheim et que résolvait toujours le Professeur Hoche, devant le cadavre d'un mitral, d'un aortique, d'un pneumonique. La sûreté de son diagnostic l'a maintes fois désigné comme arbitre dans des cas difficiles à trancher, bien en dehors des limites de notre Faculté. Ses travaux sur la structure de la fibre musculaire cardiaque, sur le chorio-épithéliome malin et surtout sur les lésions anatomiques des reins au cours des néphropathies, ont eu un grand retentissement dans le monde Scientifique. Mais ce qui constitue pour le Professeur Hoche un de ses plus beaux titres de gloire, c'est l'importante collection des pièces pathologiques, près de 2000 qu'avec le concours du docteur Morlot, il a recueillies au cours de sa carrière professorale. Ce musée, si riche de documents, si précieux pour l'enseignement, est, sans aucun doute, unique dans nos facultés de province.

Avant qu'il ne quitte son poste, vous avez, Messieurs les Etudiants de quatrième année, dans un geste spontané, manifesté à votre Maître, l'estime et la sympathie que vous nourrissiez pour lui.

Il y a quelques semaines, M. le Doyen, vous avez rappelé, en termes délicats, les qualités de l'homme et du médecin. Permettez-moi de m'associer à votre hommage et d'exprimer ma respectueuse gratitude au Maître, qui nous quitte, pour le bienveillant accueil qu'il m'a réservé pendant les trois années passées dans son laboratoire.

Messieurs les Etudiants,

L'anatomie pathologique, que je suis chargé de vous enseigner, est une des acquisitions les plus récentes des sciences médicales, et depuis son introduction officielle dans le domaine scientifique, elle s'est élevée très rapidement au premier rang des disciplines que le médecin doit connaître, tant par l'importance de son enseignement que par le prestige des maîtres qui lui ont consacré le meilleur de leur activité.

Jusqu'à Morgani, elle ne s'est manifestée que par des descriptions

strictement morphologiques, basées sur un nombre restreint d'autopsies. C'est l'anatomiste de Padoue, qui, le premier, expliqua les symptômes par des changements découverts dans la structure des organes, reliant ainsi le fait pathologique et le fait clinique. Le travail fondamental qu'il publia à la fin de sa vie sur le siège et les causes des maladies par l'étude des altérations anatomiques consacre à jamais la gloire du fondateur de la méthode anatomo-clinique.

Xavier Bichat, ce pur génie français, créateur de l'anatomie générale, à la fois anatomiste, physiologiste et médecin introduisit en biologie la notion de tissus et démontra que les lésions cadavériques revêtent le même caractère dans les organes d'un même système, ouvrant ainsi une voie féconde à l'école médicale du début du XIX^{ème} siècle. Son plus puissant animateur, Laennec, que l'histoire considère à juste titre comme le fondateur de la pathologie moderne, comprit ainsi, grâce à Bichat, la nécessité d'étudier les lésions suivant leur nature et leur système. Ces principes le conduisirent à l'étude des cirrhoses, du tubercule miliaire et surtout à la magistrale description de la pneumonie, qui contribua à immortaliser son nom.

Mais la recherche anatomique allait faire un pas important en avant grâce aux remarquables travaux de Virchow, qui ramena les phénomènes morbides aux altérations de la cellule. L'anatomiste allemand créa ainsi la pathologie cellulaire et apporta au vieil édifice de la pathologie humaine une architecture nouvelle, solide et sûre. Son influence fut considérable et son nom est encore invoqué de nos jours dans la plupart des problèmes pathologiques. Sa renommée mondiale attira en Allemagne, même après sa mort, des savants de tous pays qui fréquentèrent en grand nombre ces temples somptueux que sont les instituts anatomo-pathologiques d'Outre-Rhin.

Nos savants français, Vulpian, Charcot, Cornil, Ranvier, Lanceraux, Malassez, pour ne citer que les pionniers de la première heure, adoptèrent d'enthousiasme et sans réserve les conceptions de Virchow ; la médecine est lésionnelle et ce qui n'est pas lésionnel devient incertitude et chimère.

Bientôt cependant certaines tendances se dessinent : l'esprit de

Claude Bernard s'efforce d'établir une conception plus dynamique de la maladie et malgré la toute puissance de l'esprit morganien, que l'école allemande a ravivé, certains représentants de l'école française, Dupuytren, Vulpian et surtout Cruveilhier, affranchis de l'emprise étiologique, hésitent à admettre que la pathologie se puisse expliquer par les seules lésions matérielles, de même qu'à l'état sain, les conditions matérielles ne suffisent pas à expliquer leur action : ce sont les propres paroles que prononçait en 1836, dans un de ses cours, Cruveilhier, à cette époque titulaire de la chaire d'anatomie pathologique de Paris.

Cette conception physiologique de la pathologie s'affirme de plus en plus, mais il faut que l'expérimentation se substitue à l'hypothèse et que l'observation des faits fasse s'évanouir les erreurs des systèmes préconçus, et c'est encore le clair génie de Claude Bernard qui en aura établi les principes. « Ce n'est pas l'organe altéré, mort, que le médecin veut connaître », disait Charcot à la fois anatomo-pathologiste et clinicien, « *c'est l'organe vivant, agissant, exerçant les fonctions qui lui sont propres* », et on sait combien cette notion fut féconde dans l'esprit de ce brillant neurologue.

« *Science quantitative et dynamique tout autant que qualitative et statique*, dit encore le Professeur Roussy, *l'anatomie pathologique doit s'appuyer à la fois sur les données de la morphologie et de la physiologie* ».

Mais à parcourir ces étapes si rapides et de plus si brillantes, il apparaît que la science anatomo-pathologique se soit quelque peu essoufflée au cours de l'effort qu'elle a accompli et certains esprits surtout parmi les plus imprégnés de l'influence bernardienne, continuant d'opposer les science biologiques aux sciences morphologiques, comme si la morphologie ne faisait pas partie de la biologie, n'hésitent pas à parler d'une crise de l'anatomie pathologique. Nous ne nions pas, disent-ils, qu'elle ne nous ait rendu et ne nous rende encore des services ; nous admettons son influence comme celle de la bactériologie et nous reconnaissons qu'elle a classé la plupart des affections organiques, mais elle ne constate et ne décrit que les lésions ultimes, que le stade terminal des phénomènes pathologiques ; elle ne connaît pas les étapes lésionnelles du processus morbide. D'autre part tout ce qui est

fonctionnel, tout ce qui est dynamique lui échappe.

C'est ainsi qu'elle s'avère nettement insuffisante devant les maladies dites de déséquilibre et de dysrythmie, les troubles glandulaires et neuro-végétatifs, les maladies de la nutrition, la plupart des troubles du métabolisme et jusqu'à certaines insuffisances viscérales ; le stade anatomique est dépassé et la pathologie doit chercher ses concepts et sa classification dans la physiologie pathologique ; il ne faut plus penser anatomiquement, il faut penser physiologiquement si l'on veut aborder d'une façon utile l'étude des problèmes médicaux.

Comme vous le voyez, Messieurs, le réquisitoire est impressionnant et les arguments sont d'importance, d'autant plus qu'ils émanent des cerveaux les plus subtils de la pensée médicale. Ils doivent être envisagés avec le plus grand intérêt, en toute objectivité, sans se laisser bernier par un optimisme stérile, mais sans se laisser aller à un pessimisme de commande. C'est à m'efforcer d'y répondre que je voudrais consacrer la leçon de ce soir en rétablissant les faits, en rendant à l'anatomie - pathologique la place qui lui est due, en montrant les progrès qu'elle a réalisés par des techniques nouvelles dans l'étude des maladies organiques et en prouvant, en outre, que le domaine du fonctionnel ne lui est plus étranger.

Et tout d'abord, est-il bien vrai que l'anatomie pathologique ne soit que la science de la mort et qu'elle n'ait que le cadavre comme seul objet d'études ?

Ce reproche ne date pas d'aujourd'hui et déjà Cruveilhier s'efforçait de démontrer à ses élèves que les lésions doivent être connues non seulement dans leur terminaison, mais encore et surtout dans leur évolution, et c'est par l'expérimentation sur l'animal que ce savant précurseur, qui ne savait pas utiliser le microscope, cherchait à résoudre la question.

Mais aujourd'hui la réponse s'impose d'elle-même tant est féconde en résultats une méthode, dont l'opportunité a été longtemps discutée avant qu'elle ne soit admise aussi bien par le patient que par le médecin, je veux parler de la *biopsie*, c'est-à-dire de l'opération, qui consiste à exciser sur le vivant un fragment de tissu ou d'organe malade, afin d'en établir le diagnostic histologique.

C'est au dermatologiste Besnier que l'on doit d'avoir créé le nom et la chose, mais c'est surtout à Darier que revient le mérite d'en avoir défendu les principes et d'en avoir signalé l'importance. Aussi l'histopathologie cutanée a-t-elle fait plus de progrès dans ces trente dernières années qu'elle n'en avait fait avant l'apparition de cette méthode.

Depuis les timides essais de Besnier, qui se contentait de prélever quelques minuscules fragments de peau, toutes les disciplines y ont le plus large recours pour asseoir leur diagnostic et diriger leur thérapeutique, et chacune maintenant revendique une technique qui lui est propre. Ce ne sont plus seulement les productions morbides, néoplasies ou inflammations, qui sont l'objet de prélèvements, ce sont les viscères eux-mêmes suspects de lésions, que l'on aborde soit par la voie parentérale, soit plus discrètement et tout aussi sûrement, par la voie de la ponction. Ganglions lymphatiques, rate, foie, rein, moelle osseuse sont désormais l'objet des investigations de l'histopathologiste ou du clinicien.

Grâce à ces méthodes, ces laparotomies exclusivement exploratrices, que les étudiants de ma génération voyaient inscrites chaque jour sur les tableaux de service de nos cliniques chirurgicales, ont à peu près complètement disparu. Grâce à elles ces opérations mutilantes, pratiquées uniquement d'après une simple impression clinique, sont désormais évitées. Grâce à elles enfin, une thérapeutique judicieuse, réfléchie, appropriée à la nature histologique de la lésion, peut être instituée.

La biopsie chirurgicale, la plus longtemps discutée, a désormais pris droit de cité et il n'est pas de jour que le chirurgien ou le spécialiste, protecteur éclairé de ses opérés, ne confie au technicien toute pièce, tout fragment, extirpé par lui, et n'attende la confirmation rapide ou la discussion contradictoire du diagnostic qu'il a établi. Il est même des services hospitaliers dans lesquels un opérateur ne procède jamais à l'ablation d'une masse quelconque sans y prélever, en guise de premier temps opératoire, une biopsie, dont le résultat histologique lui est apporté sur place après quelques minutes par son chef de laboratoire, technicien expérimenté. Congelées sur le champ, colorées à souhaits et montées ou même encore examinées *in vivo* sans artifice préalable, les coupes

microscopiques de la tumeur encore en place accourent à l'aide de l'homme de l'art et justifient au besoin son intervention ou son abstention.

Ainsi donc la chirurgie d'aujourd'hui fait la plus grande confiance au laboratoire, ce qui n'est pas pour nous surprendre si nous relisons l'histoire.

Le Baron Guillaume Dupuytren, opérateur prestigieux mais aussi pathologiste distingué, dota la Faculté de Médecine de Paris de sa première chaire d'anatomie pathologique, autant pour manifester à cette science la reconnaissance que lui devait la chirurgie, que pour lui consacrer un enseignement officiel qu'elle n'avait pu jusqu'à présent obtenir.

Plus près de nous, Lecène, ce grand chirurgien si prématurément disparu, que les hommes de laboratoire revendiquent comme un des leurs, parce qu'il plaçait l'histopathologie au premier rang des préoccupations chirurgicales, ne fut-il pas avec Delbet une des chevilles ouvrières de cette société anatomique créée par Dupuytren et rénovée par Cruveilhier.

Un deuxième, grief que l'on adresse volontiers à l'anatomie pathologique est que l'évolution des processus morbides échappe à son contrôle et qu'elle n'étudie et ne décrit que le stade terminal de la maladie. Il me sera tout aussi facile, Messieurs, de réfuter cette objection, en empruntant mes exemples à un chapitre tout nouveau de la pathologie médicale, dont l'intérêt s'impose chaque jour davantage à l'attention des cliniciens : je veux parler des *lymphogranulomatoses*.

L'histopathologie peut en effet revendiquer comme un des beaux fleurons de sa couronne la classification des affections du tissu réticulo-endothélial, de ce mésenchyme actif, suivant l'expression nouvelle, hier encore totalement inconnu, et dont nous savons qu'il préside aux métabolismes cellulaires, qu'il assure les processus de défense et d'immunisation et qu'il régit les actions thérapeutiques. Dois-je vous rappeler que c'est à deux anatomistes, Ribbert et surtout Aschoff, que la médecine est redevable d'une vue d'ensemble de la structure et des fonctions de ce tissu dont le dynamisme apparaît chaque jour plus puissant. Si l'on a pu dégager récemment la *lymphogranulomatose maligne*, ou maladie de Hodgkin

de toute une série d'états morbides, tels que la lymphadénie, le lymphosarcome, les tuméfactions ganglionnaires de la syphilis et surtout de la tuberculose, avec laquelle Hodgkin l'avait confondue, c'est grâce aux examens pratiqués en série sur des ganglions par Paltauf et Sternberg, dont les patientes recherches ont défini les trois étapes lésionnelles de cette redoutable affection, l'étape initiale de la cellule monstrueuse dite de Sternberg, l'étape du polymorphisme cellulaire et l'étape ultime de la fibrose.

Plus récemment encore une autre entité morbide de même origine, la *lymphogranulomatoïse bénigne* de Schaumann, a pu être identifiée avec le seul concours de l'analyse histologique et son histoire, longuement rapportée dans une des dernières réunions de la société médicale des hôpitaux de Paris, mérite d'être relatée ici.

Les dermatologistes ont décrit, il y a longtemps déjà, un syndrome cutané, la maladie de Besnier-Boeck, caractérisée par la présence dans le derme de nodosités appelées sarcoïdes, et au niveau de la face et des mains de lésions violacées rappelant le lupus pernio. Les histologistes, de leur côté, ont observé des cas de granulie froide révélée à l'écran par des infiltrations micro-nodulaires du poumon, accompagnées d'adénopathies, évoluant d'une façon bénigne. Les ophtalmologistes enfin ont étudié, il y a peu de temps un syndrome dit de Heerfordt, consistant en une triade lésionnelle localisée à la cornée, aux glandes parotides et au nerf facial.

Nul de ces spécialistes n'aurait jamais songé à faire un rapprochement entre ces affections, tant elles sont diverses apparemment, si, l'un d'entre eux, le Professeur Pautrier de Strasbourg, n'avait eu l'occasion de voir chez un malade la coexistence d'une maladie de Besnier et d'un syndrome de Heerfordt, et cet auteur se demanda s'il n'y avait là qu'une simple coïncidence ou s'il ne s'agissait pas plutôt d'une localisation, en des territoires différents, d'une seule et même maladie.

La simple observation étant impuissante à résoudre le problème, c'est au microscope qu'il eut l'idée d'en demander la solution. Et quelle ne fut sa surprise et aussi sa satisfaction de constater que la structure histologique de toutes ces productions morbides était rigoureusement la même, aussi bien au niveau de la peau que de la cornée, des

parotides, des ganglions. Ainsi donc grâce à des examens biopsiques, on a pu faire rentrer dans le cadre d'une seule et même affection, la granulomatosse bénigne, des maladies de symptomatologie différente, mais de constitution identique : la maladie de Besnier, la maladie de Heertfordt, auxquelles on a ajouté depuis, parce que de même structure, certaines granulies froides, la maladie de Mikulicz localisée aux parotides et certains cas de spina ventosa spontanément curables comme l'ostéite pseudo-kystique de Jüngling.

Un troisième et dernier exemple, emprunté à l'étude des maladies du sang est encore plus significatif, car il vous démontrera cette fois que l'histopathologie, grâce à des techniques nouvelles, a plus de prétentions encore et qu'elle réussit à dépister la maladie bien avant l'apparition des signes cliniques. Il existe des leucémies qui ne se manifestent à leur début par aucun symptôme apparent, pas même par une modification de la formule sanguine. On leur donne le nom très significatif de leucémies cachées ou de cryptoleucémies. Et cependant, la maladie existe, les organes responsables sont atteints, mais pour mettre leurs altérations en évidence, il a fallu imaginer des procédés d'exploration nouveaux, dont je vais vous entretenir.

S'agit-il d'une cryptoleucémie lymphoïde ? La ponction de la rate, opération délicate mais dont la technique est désormais bien réglée, va ramener une goutte de suc splénique, qui contient en abondance les cellules spécifiquement malades, preuve flagrante de l'existence de la leucémie. Le splénoGramme, ainsi qu'on appelle l'image microscopique de ce prélèvement, est totalement bouleversé, alors que l'hémogramme est absolument normal.

Avons-nous affaire à une cryptoleucémie myéloïde ? Le splénoGramme nous montre en quantité considérable des cellules de la lignée granuleuse à tous les stades de leur évolution, alors que la formule sanguine n'est pas modifiée.

Et voilà que l'on applique cette même technique à l'examen de la moelle osseuse et qu'en ponctionnant le sternum on établit des myélogrammes qui permettent de saisir à leur période initiale les troubles de l'hématopoïèse rouge, les anémies, les polyglobulies, les érythrémiés et même de différencier divers états morbides très voisins cliniquement, tels que la maladie de Vaquez et les érythroblastoses.

Ces méthodes nouvelles ont révolutionné l'hématologie et elles permettent d'entrevoir un jour très prochain où la clinique aura la satisfaction d'asseoir sur une base anatomique solide et durable la classification, jusqu'à présent si fragile des affections du sang. Mais en outre, quelle preuve évidente de l'inanité de certaines affirmations, à savoir que, dans la maladie, le trouble des fonctions physiologiques précède la lésion et que c'est à la seule exploration fonctionnelle qu'il faut demander les moyens de déceler les perturbations légères symptomatiques du début de la maladie et n'aboutissant que lentement aux désordres anatomiques.

En réalité, les choses se passent souvent de façon inverse : l'histoire des cryptoleucémies vous le prouve. Mais c'est aussi la leçon que nous donnent chaque jour ces insuffisances viscérales que nous voyons trop souvent évoluer avec une implacable sévérité à partir du jour où elles sont évidentes. C'est à leur propos, fait justement remarquer le Professeur Favre « *que l'anatomie pathologique, par ses constatations précises, nous apporte la certitude qu'en réalité, avant la phase clinique, s'est déroulée une phase anatomique durant laquelle, à bas bruit, lentement, sans que rien au dehors n'en traduise la marche sournoise, se sont constitués les désordres lésionnels révélés tardivement par l'apparition de troubles fonctionnels d'emblée graves* ».

Je pourrais multiplier à l'envie les états de service de la méthode anatomo-clinique et les titres qu'elle s'est acquise à la reconnaissance des médecins, en classant les étapes lésionnelles des maladies organiques et en décelant les premières altérations des éléments cellulaires, mais il me tarde maintenant de répondre à une troisième objection et de dissiper les craintes de ceux qui estiment qu'une science morphologique ne peut avoir la prétention de contrôler la symptomatologie fonctionnelle, domaine exclusif de la physiologie pathologique.

Il est évident que si le trouble fonctionnel, et c'est ainsi qu'on le définit, peut exister sans la moindre lésion de l'organe, siège de la fonction troublée, les conceptions morganiennes sont impuissantes à l'analyser. Mais de tels faits sont rares, pour ne pas dire exceptionnels, et la prétendue existence des maladies essentielles, *sine materia*, ne repose bien souvent que sur la

faiblesse de nos moyens d'investigation, l'imperfection de nos techniques ou même l'insuffisance de notre examen clinique.

Telle hémiplégie, dite fonctionnelle, parce qu'elle disparaîtra en quelques jours sans aucune thérapeutique, n'en est pas moins liée à une lésion organique, qui, par ailleurs, se signe par un Babinsky positif et une exagération des réflexes, tant est intime l'intrication des deux séméiologies lésionnelle et fonctionnelle.

Et ces crises d'asthme, ces poussées d'urticaire, symptômes fonctionnels par excellence, qui ont résisté désespérément à toutes les thérapeutiques de choc ou de désensibilisation jusqu'à ce qu'un jour, après un examen clinique attentif, elles cèdent comme par enchantement à l'ablation d'un appendice, d'une vésicule malade, de végétations adénoïdes obstruant les premières voies aériennes, ou encore ces crises viscérales révélatrices d'une lésion médullaire, que réduit à néant un traitement spécifique bien conduit.

La symptomatologie des néphropathies n'est-elle pas tout entière fonctionnelle ? Et l'on comprend que la classification physio-pathologique de Vidal ait paru et paraisse encore à beaucoup d'entre nous la plus rationnelle, et cependant, malgré l'autorité qui s'attache au nom de ce grand clinicien, elle a dû s'effacer, parce qu'insuffisante à expliquer certains états aigus, devant une classification anatomique renouvelée de celle de Bright et basée sur une étude rigoureuse des lésions du rein, étude pratiquée, non pas sur le cadavre, mais sur le vivant et par quels moyens, on peut à peine le croire, par des prélèvements biopsiques que pratiquent sur des malades en pleine poussée de néphrite les virtuoses de la chirurgie urinaire.

Et la pathologie neuro-endocrinienne, objecte-t-on encore, ne confirme-t-elle pas la faillite de la méthode anatomo-clinique, puisqu'elle n'a besoin, pour se manifester, d'aucune altération lésionnelle ? Argument troublant, à la vérité, mais qui ne me laisse pas moins sceptique, car je crois difficilement que de minimes déviations fonctionnelles, que des élaborations insuffisantes de produits de sécrétion, puissent, sans lésion préalable, créer la tétanie, l'ostéomalacie, le rachitisme, l'acromégalie. Je ne veux pas dire pour cela qu'il soit nécessaire

d'invoquer l'existence de lésions grossières, d'adénomes chromophiles ou chromophobes, pour marquer la souffrance des parathyroïdes ou de l'hypophyse, mais je pense qu'il y a place pour des lésions discrètes, réversibles, ne compromettent pas la vitalité de la cellule, troublant seulement son équilibre physico-chimique.

L'histologie normale ne nous enseigne-t-elle pas qu'à des états physiologiques différents correspondent des structures différentes, et pour ne citer que l'hypophyse, que la gestation, la lactation, la ménopause, la castration, se manifestent par autant d'images histologiques distinctes. Or, si l'organe et la fonction sont indissolublement liés à l'état physiologique, ils doivent l'être, et ils le sont, à l'état pathologique.

De son côté la physiologie nous apprend que les glandes endocrines agissent rarement pour leur propre compte, qu'elles sont solidaires et de plus synergiques, et la physio-pathologie confirme ces données. La maladie de l'une ne laisse pas les autres sans réaction et bien souvent la symptomatologie la plus bruyante n'est pas celle de la glande lésée. Malheureusement nos procédés d'examen du système neuro-endocrinien sont encore bien imparfaits, et jusqu'à présent la clinique a dû se contenter de l'exploration fonctionnelle. Peut-être dans un avenir prochain, pourrons-nous, grâce à l'habileté technique des neuro et endocrino chirurgiens réussir à aborder ces organes sans dommage pour le malade, car nous aurions grand besoin, comme le fait remarquer Leriche, que des biopsies précoces ou une microchimie tissulaire préclinique nous fixent sur les réalités. C'est bien en effet une question de technique et de méthode, et l'anatomie pathologique, du point de vue histologique, est encore une science jeune, de ce fait imparfaite. Mais en fin de compte, pour aborder avec fruit l'étude de la pathologie fonctionnelle, pour déceler la maladie avant même que le malade n'en accuse l'atteinte, c'est encore l'histopathologiste qui est le mieux armé.

Quand il sera en possession de méthodes microtechniques précises, qui permettront de saisir les premières modifications des organites de la cellule et les perturbations parallèles de leur chimisme, il est certain que les maladies, dites fonctionnelles : maladies de la

nutrition, troubles du métabolisme, maladies de déséquilibre, y compris les troubles psychiques et sensoriels, rentreront dans le cadre des maladies lésionnelles.

Délaissant les méthodes histologiques qui tuent les tissus pour les examiner et ne permettent de ce fait que d'en considérer un moment de leur fonction ou de leur souffrance, il devra faire une plus large utilisation des méthodes dites vitales, qui ne compromettent pas l'existence de la cellule, car à coup sur, en pathologie fonctionnelle, les altérations sont minimales, passagères et d'une extrême mutabilité. Il devra d'autre part s'efforcer de reproduire la lésion, siège de la fonction troublée, et pour cela recourir à l'expérimentation.

Mais ce vœu, Messieurs est une réalité et le bilan de l'activité de l'anatomie pathologique dans le domaine expérimental est déjà considérable.

Si nos connaissances sur ce tissu réticulo-endothélial, dont je vous parlais tout à l'heure, se précisent chaque jour davantage, c'est grâce à l'expérimentation, c'est par la mise en évidence de la fixation par les éléments histiocytaires des colorants vitaux, propriété qui n'est elle-même, et l'expérience le prouve, qu'un aspect particulier d'une fonction générale, la fonction *péxique*.

L'histopathologie moderne, associée indispensable de la pathologie générale, devenue expérimentale, se complait à exalter jusqu'à les sidérer, jusqu'à les bloquer, ces capacités spéciales du tissu histiocytaire.

Elle étale ainsi au grand jour toutes les potentialités de ce compartiment fonctionnel du tissu conjonctif qu'hier encore l'histologie normale, envisageant du seul point de vue statique, considérait comme un simple tissu de soutien et que l'anatomie descriptive, plus sévère encore dans son jugement, continue de reléguer au rang de tissu de remplissage, vous obligeant naguère, sous peine de sanction, à le détruire sans pitié afin d'en débarrasser les contours extérieurs des muscles ou des viscères.

Et dans le domaine des glandes endocrines, combien nombreux déjà les résultats anatomo-pathologiques acquis par la méthode expérimentale. On a réussi à reproduire la plupart des lésions responsables des syndromes de déficience ou d'exaltation

fonctionnelle de ces glandes, syndromes que les anatomo-pathologistes ont été les premiers à nous faire connaître.

Injecte-t-on de l'extrait parathyroïdien à un animal, on fait apparaître des hyperostoses, l'ostéite fibreuse, la sclérodermie et finalement un adénome parathyroïdien, suivant l'importance des doses injectées.

En partant d'un petit bouledogue, à l'aide d'injections quotidiennes d'un extrait de lobe antérieur d'hypophyse, Cushing fabrique un animal monstrueux acromégale, un Fafner échappé d'une ménagerie romantique.

Deux italiens, Maggi et Mazochi viennent de créer des artérites oblitérantes en greffant chez le lapin des surrénales homoplastiques.

Mon collègue et ami le Professeur Goormattight a reproduit la maladie polykystique de Reclus en injectant, à doses croissantes, de la folliculine, et ce qui est plus grave, ce sont de véritables cancers mammaires qu'ont obtenu Loeb et Lacassagne chez des souris traitées avec de fortes doses de cette même folliculine.

Ces faits donnent à réfléchir, car si pareille éventualité était possible chez l'homme, la question se poserait de savoir si nous avons le droit d'utiliser cette hormone en thérapeutique humaine sans risquer de créer des lésions là où nous voulons seulement combattre des troubles endocriniens.

Un fait est certain, c'est que les préparations hormonales ne sont pas des produits inoffensifs et demandent à être appliqués avec prudence. Il importe de se le rappeler constamment, fait remarquer Oberling si l'on veut éviter les désastres qui ont été la triste rançon de l'emploi inconsidéré d'autres agents thérapeutiques, tels que les rayons X et les corps radioactifs.

Du cancer expérimental, je ne vous en dirai pas plus car je tiens à laisser à mon ami FLORENTIN le soin de vous parler lui-même, dans quelques semaines, de cette vaste science nouvelle, et des multiples facteurs capables de provoquer, d'accélérer ou de freiner la marche de ce terrible fléau qu'est la maladie cancéreuse.

N'êtes-vous pas convaincus, Messieurs, que l'anatomie pathologique a fait des débuts encourageants et pleins de promesses dans la nouvelle voie qu'elle a choisie et qu'elle n'est plus, comme on le lui a

si souvent reproché, la plus fossile des sciences mortes.

Résumons, si vous le voulez bien, en manière de conclusion, le tableau de son activité et vous reconnaîtrez avec moi qu'elle a bien mérité des cliniciens qui lui ont fait confiance.

Science d'observation, la méthode anatomo-clinique telle qu'elle fut conçue par Morgagni, est une incomparable discipline de l'esprit, qui doit rester et qui restera toujours à la base de l'éducation médicale, parce qu'elle est la seule à former l'esprit à la loi du réel. Elle a donné à la médecine sa rectitude, sa pondération et suivant l'expression pittoresque du Professeur Favre *sa vigoureuse santé*. Mais en revanche, « *la pratique de la médecine est indispensable à l'anatomo-pathologiste. Elle lui sert de guide, elle inspire et dirige ses recherches et lui permet de s'orienter dans la complexité des altérations anatomiques ; elle l'empêche de s'égarer dans les infinis détails d'un protocole d'autopsie ou les subtilités de l'interprétation microscopique* ».

La méthode anatomo-clinique est un tout qui a valu à la France sa floraison d'éminents cliniciens, les Laennec, Trousseau, Potain, Bouillaud, Dieulafoy, Brissaud, Chauffard, Grasset, et je puis bien ajouter aussi pour le renom de notre Faculté, les BERNHEIM, les SPILLMANN, les HAUSHALTER pour ne citer que les anciens, tous ces insignes praticiens qui savaient ausculter, palper, percuter, pour lesquels il n'y avait ni petits signes, ni petits détails négligeables, et qu'avait formé une longue culture de l'esprit et du jugement au lit des malades.

Mais la ferveur du culte médical ne s'oppose pas au désir de faire mieux et la méthode anatomique cessant d'être uniquement contemplative pour devenir expérimentale, et de ce fait constructive, s'est élevée sur un plan supérieur situé plus près de la vie. Suivant l'exemple de la physiologie pathologique, elle s'est conformée aux tendances actuelles, cherchant à connaître non plus seulement la maladie, mais le malade lui-même avec son hérédité, ses prédispositions, son tempérament, ses réactions, en un mot son terrain et tout ce que cette notion comporte de dynamique.

L'observation, première étape de la connaissance en médecine, ne suffit plus, même armée des méthodes les plus précises ; elle ne

peut que réunir des documents ; elle permet de distinguer, de sérier, de subordonner les faits : mais pour bien se rendre compte d'un phénomène, il faut le prendre en mains, agir sur lui, reconnaître, déterminer ses causes, les reproduire, et c'est l'expérimentation qui constitue dans l'ordre des opérations biologiques, la deuxième étape. Aujourd'hui, dit Charles Nicolle, *les problèmes médicaux qui demeurent obstinément obscurs, sont ceux, sur lesquels l'expérimentation n'a pu mordre.*

L'heureuse association de l'esprit de Morgagni et de l'esprit de Claude Bernard, l'équilibre harmonieux de l'analyse et de la synthèse, ont orienté la médecine moderne vers des horizons pleins de promesses et ont fait éclore tout un essaim de biologistes dont le nombre s'accroît chaque jour.

M'inspirant de leurs directives, mais sans rien sacrifier du passé, je tâcherai de développer le goût de la recherche chez ceux d'entre vous que l'inquiétude générale et les exigences des temps actuels ne portent pas vers des satisfactions immédiates.

Chez tous, sans distinction, je veux exalter ce besoin de curiosité, qui est la clé la plus sûre de toutes sciences, m'efforçant de vous faire comprendre que l'obtention d'un diplôme ne procure qu'une satisfaction passagère et que le serment d'Hippocrate ne fixe pas définitivement la somme des connaissances à acquérir.

La médecine actuelle devient chaque jour plus exigeante, par sa rapidité d'évolution et sa complexité toujours croissante, elle déconcerte les meilleurs d'entre nous.

« *C'est une erreur*, a dit très justement le Professeur Mauriac, *de vouloir simplifier ce qui est complexe par essence : rien n'est simple en biologie et par conséquent en médecine* ». Aussi ne soyez pas surpris si, au cours des leçons qui vont suivre, je m'écarte parfois des schémas classiques que vous trouverez dans vos traités. J'ai conscience que la majorité d'entre vous demande davantage dans son désir de s'instruire et mon ambition aspire à se hausser au niveau de cette légitime exigence.

Ne craignez pas de nous importuner, mes collaborateurs et moi ; nous serons trop heureux si votre passion de savoir se double de l'enthousiasme et de l'émotion, qui sont le merveilleux privilège de votre jeunesse.

On a coutume de dire qu'un esprit médical n'est complet que s'il a appris à douter ; croyez-moi, pour vous du moins, l'heure du scepticisme n'est pas encore venue. Les difficultés de la vie et le poids de l'âge se chargeront assez tôt d'assombrir le tableau que se sera plu à peindre votre lumineuse spontanéité.

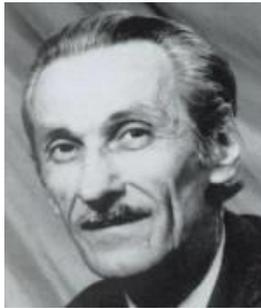
Ne laissez pas prise à ces tendances dissolvantes, à la longue destructrices de l'effort, et dites-vous hardiment que la vie vaut largement d'être vécue par la permanence que l'on met dans l'action, la persévérance dans le travail, la gaieté dans le labeur et par l'énergie à surmonter les obstacles du chemin.

C'est dans un tel climat que je rêve de contribuer à vous préparer à votre splendide rôle social qui reste, en définitive le but suprême de vos études et de vos aspirations.

Si, comme je l'espère, j'y réussis, j'aurai la satisfaction d'avoir rempli avec conscience la tâche que je me suis assignée.

Texte publié dans la « Revue médicale de Nancy » (1938 – p. 191-211)

Maurice Gosserez



Leçon inaugurale : 1962

Monsieur le Recteur,
 Votre présence à cette leçon inaugurale est pour moi un très grand honneur.

Dès votre arrivée à la tête de notre l'Université, vous nous avez, en présidant une séance solennelle à la rentrée, montré la route.

« Car les rites sont dans le temps, ce que la demeure est dans l'espace...

... Et je ne connais rien au monde qui ne soit d'abord cérémonial. Il n'est rien à attendre d'une cathédrale sans architecte, ni d'une année sans fêtes... ni d'une patrie sans coutumes » comme l'écrit Antoine de Saint-Exupéry.

Tradition... Mais tradition vivante, et non pas manifestation statique, routinière et stérilisante. Tout au contraire, un acte de foi, une profession de foi, fondée sur un passé certes, mais bâtie pour l'avenir. J'aurais voulu dire à M. l'Inspecteur Général Rolland, malheureusement retenu, à la dernière heure, au Ministère de l'Éducation des États et de la Communauté, toute la gratitude des Stomatologistes. Il vient encore de me témoigner à l'instant tout l'intérêt que la Direction de l'Enseignement Supérieur portait au

développement de la Stomatologie.

Avec le très regretté Directeur Général, M. Gaston Berger, il a estimé que l'importance des études dentaires justifiait à Nancy, la création d'une chaire d'enseignement clinique, afin de doubler celle de Stomatologie Théorique. Je lui en sais profondément gré.

Monsieur le Doyen,

Vous m'avez comblé de louanges. Je veux croire que votre amitié vous a porté à minimiser mes défauts et à magnifier mes qualités. Quoi qu'il en soit, je suis très fier de votre estime.

C'est vous mon cher BEAU qui m'avez accueilli à la Faculté de Médecine. Dans le laboratoire du Doyen LUCIEN, vous m'avez marqué d'emblée de votre très forte personnalité. Alors que vous aviez presque notre âge, vous alliez déjà comme un Maître, fier et grand seigneur, et vous l'êtes resté. D'entrée, vous imposez une autorité incontestée à une génération pourtant particulièrement indépendante et rétive. Il faudra la guerre et six mois d'exil à Montpellier avec nos amis CORDIER et HOUVERT, l'occupation enfin, pour que je découvre toute votre richesse en partageant un peu de votre vie.

D'autres déjà ont dit publiquement et mieux que moi, votre érudition étonnante. Dans notre siècle où l'encyclopédiste n'a plus de place, vous tenez cette gageure d'être à la fois humaniste et spécialiste en de multiples branches du savoir : fondamentaliste et clinicien, historien, archéologue et légiste, critique et amateur d'art, chartiste même à vos heures... N'avez-vous pas, fouillant jadis au Palais des Monnaies, les archives départementales, identifié mes ancêtres paternels jusqu'à ce Nicolas Gosseret, du fort de l'Avant-Garde qui, en 1614, enjolivait sa signature de l'élégant paraphe qui, transformé en Z par quelque scribe, donnera à nom sa sonore désinence ultramontaine.

De vos qualités humaines, je ne dirai rien, sinon qu'elles sont à la mesure de celles de l'esprit. Pour vous, « *La vie est à monter, non à descendre. Il y a une limite aux forces humaines qu'il faut toujours dépasser* ». (Guynemer). Au point que vos amis s'émeuvent parfois de votre activité. Peut-on s'étonner que, dans toutes vos entreprises, vous n'avez jamais connu que la place majeure. De longue date, je savais que vous mèneriez cette

Faculté.

Vous avez fait montre du plus beau courage en prenant la barre le jour où la Médecine toute entière : étude, statut hospitalier et universitaire, profession même dans l'immédiat prochain, sont en pleine métamorphose. Vos talents d'administrateur, vos hautes relations, votre, sagesse, seront mis à large contribution.

Monsieur le Doyen Jacques PARISOT,

Votre carrière est une réussite exceptionnelle. Et cet Amphithéâtre retentit encore des louanges et de vos mérites que vous décernaient les plus hautes autorités universitaires. Pour entendre mon modeste propos, vous avez fait un long voyage et fait reporter une importante réunion d'une Commission du Ministère. J'en suis très touché.

Vous n'avez fait triompher, M. le Doyen, vos grandes idées de médecine sociale dans les assemblées nationales et mondiales que grâce à une profonde connaissance de l'individu, et servi que vous êtes par des qualités naturelles incomparables d'autorité, de courage, de droiture et d'indépendance.

« A celui qui aime les hommes, qui souffre de leurs misères et qui veut les aider, il semble qu'il y ait, entre autres, deux grandes voies ouvertes : celle du médecin qui calme la souffrance, et celle du philosophe qui nous engage à prévenir les causes. » Cette vocation du philosophe et cette vocation du médecin, vous avez su les réunir dans votre personne et dans votre œuvre. Une œuvre à la solide architecture, car vous savez disposer des pierres comme des hommes.

« Réhabiliter les valeurs humaines réduites ». J'entends encore chanter cette phrase dans une lointaine conférence, du temps qui précédait votre déportation. Et voilà, solide et vivant, notre Centre de réadaptation, sous l'égide de notre ami Louis PIERQUIN. Ceci pour ne citer, bien sûr, qu'un exemple. Qui s'étonnerait de l'intérêt que vous avez porté d'entrée à la chirurgie faciale, lorsqu'on songe qu'elle vise à rétablir l'individu dans son intégrité psychique ?

Vous m'avez, M. le Doyen, permis de franchir l'Agrégation, encouragé et soutenu dans les moments difficiles. J'aurais voulu vous prouver ma reconnaissance et la profonde admiration que je vous porte dans les vastes tâches que vous vous étiez imposées récemment

La conjoncture ne l'a pas permis, et je le regrette.

Messieurs les Professeurs,

Lorsqu'il y a près de cinq ans, la maladie éloignait de nous le Professeur Houpert, vous m'avez distingué pour assumer sa lourde tâche. Plus récemment, vous avez souscrit aux propositions du Ministère et de M. le Doyen SIMONIN qui, par l'ingénieux artifice d'une création de chaire dénouaient une situation délicate. Comme vous me l'avez demandé, j'ai infléchi ma route et je m'efforcerai d'œuvrer pour le bien de la spécialité et de la Faculté.

Mes chers Collègues du Conseil Municipal, Mesdames, Messieurs, Je ne tenterai pas d'esquiver devant votre assemblée si nombreuse et si choisie la traditionnelle confession qui prélude à une leçon inaugurale. Je sais qu'il me faudra y mener le plus exigeant des combats contre le mensonge, la complaisance et la vanité. Je sais aussi que « *toute vérité - ou du moins que je crois telle - n'est pas bonne à dire, et si je ne peux dire ici tout ce que je pense, je penserai du moins, tout ce que je dirai* » comme le disait Paul Milliez dans sa leçon inaugurale de Pathologie Médicale à Paris en 1960.

Mon histoire n'est là que pour porter témoignage de reconnaissance aux Maîtres qui m'ont fait. Mon seul mérite fut de les bien choisir. Et pour retracer diverses étapes de formation d'un chirurgien facial, au sein des disciplines fondamentales que sont la Chirurgie Générale, l'Otorhinolaryngologie et la Stomatologie.

Mon enfance fut particulièrement heureuse et, grâce à elle, je resterai sans doute marqué toute ma vie d'un optimisme sans faille. Lorrain de souche, montpelliérain de naissance, j'ai ramené de mes premières années pas mal de soleil, une exubérance, un caractère expansif qui étonnent parfois sous le ciel gris de Lorraine. Mon père, la guerre finie, retrouvait sa vallée. Pour le citadin de dix ans que j'étais, quel merveilleux plongeon dans la verdure lorraine, après la gangue odorante, et les bois, et les champs et la rive escarpée où selon Ausone « *la charmante Moselle étouffait son murmure* ». La campagne était à moi. Je garde de cette époque un vif amour de la nature.

Ma vocation médicale fut très précoce et exclusive. Dès la sixième j'avais décidé de devenir médecin, sans alternative. Sans doute étais-je déjà très épris de liberté et la médecine m'apparaissait, à l'époque, la profession libérale par excellence, celle où l'on pouvait se donner tout entier sans restriction aucune, mais sans subir une tâche imposée du dehors. J'oubliais, j'ignorais alors, la servitude où vous tient le malade quand il s'est donné à vous. Quand j'en eu conscience plus tard, c'est-à-dire le jour du premier contact - avec le malade, j'entends, qui vous a choisi, qui s'est confié délibérément - cette sujétion, librement consentie, loin d'atténuer mon enthousiasme m'apparaîtra comme essentielle dans l'exercice professionnel. Je crois encore aujourd'hui, que n'est pas « né » médecin, celui qui, en échange de la confiance qu'on lui a fait, ne donne pas de lui tout ce qu'il peut donner, de sa science, de son art, de son âme. Profession libérale certes, malgré l'amenuisement progressif du terme. Profession honorée et honorable aussi, avec peut être une évolution semblable. A l'époque, j'aurais volontiers préféré la médecine navale qui, avec sa cargaison de rêves, me permettait de rester fidèle aux générations d'officiers qui me précédaient. Il ne s'en faudra d'ailleurs que d'une simple angine, pour que je ne vogue aujourd'hui, tout vêtu de bleu, sur les mers. En fait, tout le prestige de la Médecine m'apparaissait au travers de mon frère aîné qui, au retour de la guerre d'Orient, venait de s'établir et remplaçait, à la tête de notre famille, notre admirable père, modèle de droiture et de bonté, que nous venions de perdre, au seuil de mon adolescence. J'ai le bonheur d'avoir aujourd'hui près de moi tous les miens, avec le souvenir des disparus. Permettez-moi, je vous prie, de n'en rien dire tant je perçois qu'ils constituent l'essentiel de ma substance.

L'Internat est d'hier, il a pourtant déjà un lustre. Vous souvient-il, amis de promotion, HERBEUVAL, GAYET, LEDOUX, de sa longue et fébrile préparation ? Heureuse année pourtant que celle où nous engrangions aisément le savoir que nous dispensaient nos amis, KISSEL, ROUSSEAUX, GRUMILLIER, DURAND. Des cinq élus d'alors, il manque aujourd'hui mon ami ABEL, à qui j'avais disputé

la première place. La guerre l'avait épargné, seul officier à la tête de ses tirailleurs, la Gestapo aussi malgré sa témérité, et c'est la contagion, plus sournoise encore, qui aura raison de son courage et de son dévouement, alors qu'il dirigeait son Hôpital de Rabat.

Le Concours de l'agrégation me prive aujourd'hui de la présence de mon Maître Kissel. J'aurais voulu lui dire tout ce qu'il est pour moi. Admirable chef d'école, il groupe près de lui une magnifique phalange de jeunes agrégés qui gravitent autour de lui comme autour du soleil. Plusieurs sont près de nous et je les en remercie. Je lui dois l'internat, premier concours d'une bien longue suite, mais celui qui marque le plus son homme. Comment, devenu son disciple, ne pas courir au succès quand sa lucidité, son solide jugement, son sens des nuances, formulés avec le brillant que donne la clarté, ont imprégné par osmose les jeunes esprits. Mais, devenir son disciple, c'était beaucoup plus: c'était d'emblée entrer dans sa famille spirituelle, une famille unie par les liens du cœur tout autant que par ceux de la pensée.

A son Maître, M. DE LAVERGNE, il portait la vénération que nous reportons sur lui. M. de Lavergne nous avait adoptés, puisque nous étions ses élèves. Et, de même qu'« *Einstein avait avalé Newton tout vivant* » pour reprendre l'image d'un auteur américain, M. de Lavergne nous transmettait, lui, du Pasteur tout vivant. Au lit du malade, son sens clinique prodigieux, sa passion de lutte contre le mal, avec lequel il se colletait ; puis au laboratoire, ses lumineuses facultés d'analyse du fait qu'il observait, sur lame, dans le tube, ou qu'il rapportait du chevet d'un patient ; à cheval enfin sur sa chaise d'Amphithéâtre, craie menaçante qu'il écrasait au tableau, sa fougue et son art consommé d'enseignant, restent tellement vivants dans nos esprits, que M. de Lavergne ne nous a point quittés. Cette fidélité à son Maître, le Professeur Kissel la garde à ses élèves, même lorsque leur spécialisation les éloigne de son contact enrichissant. Il m'a toujours servi, conseillé, dirigé. Etonnez-vous de l'affection que je lui porte !

Il y a vingt-cinq ans, la thérapeutique médicale était beaucoup plus

symptomatique qu'efficace ; les résultats chirurgicaux plus directement tangibles étaient moins décevants. Mes premiers Maîtres, ce furent le Professeur MICHEL et le Professeur HAMANT. L'un était aussi débonnaire et placide, que l'autre était bourru et tranchant. Figures de proue, l'un et l'autre, qui ont marqué profondément des générations de chirurgiens.

Monsieur le Professeur CHALNOT,

Vous m'avez accepté comme interne ; vous preniez en mains votre service, en des temps troublés par l'occupation, dans des locaux médiocres, avec un personnel restreint, un matériel très précaire. Et vous aviez décidé de bâtir ce service et de le faire grand. Vous y êtes parvenu. Peut-on s'étonner que vous nous ayez forgés « assez rondement » ? On pourrait sottement croire que, satisfait, vous n'irez plus de l'avant. Ce serait mal vous connaître. Mais je voudrais vous dire, mon cher Maître, que votre Service n'est pas tout, et qu'à côté des chirurgies majeures, thoracique, cardiaque, qui vous doivent beaucoup, la modeste chirurgie faciale est aussi votre enfant, ce que vous oubliez parfois.

Interne chez M. JACQUES, j'y retrouvais le Professeur ROUSSEAUX et l'aidais dans ses toutes premières interventions neurochirurgicales. Il faut avoir connu ce grand caractère, désarmant de bon sens, pénétrant et très simple, tirant toute son autorité de sa seule valeur, pour réaliser l'irremplaçable perte que nous avons faite en lui.

Monsieur le Professeur JACQUES,

Je voudrais mettre dans ce terme toute ma déférente gratitude. Vous avez tenu haut, dans le monde, le fanion de la Laryngologie française et nous ne sommes pas trop de deux, le Professeur GRIMAUD et moi-même, pour le recueillir sur le plan régional. Cette route de la chirurgie Maxillo-faciale que vous intégrez à l'époque dans votre spécialité, vous me l'aviez tracée de longue date, car vous sentiez qu'elle répondait à un besoin et qu'elle exigeait une formation spéciale de Stomatologiste.

Dernier de vos élèves, vous m'aviez porté aux Hôpitaux et sous l'œil tutélaire du Docteur AUBRIOT, il m'a été loisible, grâce à son

extrême courtoisie, de me préparer longuement et librement à mes futures tâches de Chef de Service. Cette Maison qui était la vôtre, que vous aviez conçue et bâtie, nous l'avons partagée. Sans doute, y sommes-nous à l'étroit, nos malades y sont-ils beaucoup plus parqués que logés ? Mais grâce au sacrifice permanent des Sœurs, et je ne saurais jamais trop dire ce que nous devons à une Sœur André, à une Sœur Elisa, au dévouement inlassable des infirmières, à l'esprit de concorde de mon collègue Grimaud, nous poursuivons, mon cher Maître, du mieux que nous pouvons, l'ensemble de votre œuvre.

Le Professeur CAUSSADE, puis le Professeur NEIMANN, nous ont, de longue date, ouvert leur Service. Grâce à eux, la Chaire de Pédiatrie est une source vive du savoir. Ils nous ont pénétré des conditions essentielles de la croissance: niveau élevé des métabolismes, brutalité des réponses végétatives à l'agression, organes en développement, formes en puissance, toutes notions essentielles à l'ORL et à la stomatologie infantiles.

Puis ce fut la guerre et la débâcle. Montpellier, en 1940, c'était comme en 1916, l'îlot d'accueil. Les réfugiés colonisaient la ville. Mais j'étais un peu chez moi, dans ma ville natale, près de ma famille et j'y retrouvais surtout mes meilleurs amis, CORDIER, BEAU et HOUPERT. L'Internat est une grande famille : nos chaleureux amis, poussant leur chaise, nous cédèrent une part de leurs rutabagas, de leurs topinambours assaisonnés, au retour de chaque interne prisonnier, de quelques lapins d'expériences, tirés Dieu seul sait d'où... et de chansons.

Le Professeur Terracol, homme de l'Est, accueillait les Lorrains. Déjà chez lui, Houpert était à l'œuvre. Il reconstruisait patiemment avec le Maître, toute une cohorte de « gueules cassées », blanches et noires. M. Terracol me bombardait Interne du Centre Maxillo-Facial... et je me passionnai. La Maison était un véritable modèle d'organisation, d'une sévérité un peu militaire. Enseigneur né, travailleur infatigable, véritable puits de science, le Professeur Terracol, demandait à ses élèves ce qu'il exigeait de lui-même.

Le Professeur Houpert était alors capitaine. Ai-je assez admiré son acharnement au travail, ses observations bien prises, ses

bibliographies complètes, son souci du détail dans une conférence comme une prothèse. Et quand le Doyen Jacques Parisot chercha en 1950 un Directeur pour l'Institut, je lui suggérais tout naturellement le nom du Professeur Houpert. Aujourd'hui encore, l'organisation d'Institut qu'il a mise sur pied fonctionne sans changement, grâce, il est vrai au dévouement d'André HUGUIN, son fils spirituel, qui a fait sienne, depuis plus de vingt ans, la devise des Beauvau-Craon : « *Sans départir* ». Il est grand temps que nous lui venions en aide si nous ne voulons pas voir cette belle passion pour la profession brûler ses forces, comme elle l'a fait pour celles de son Maître.

Monsieur le Professeur Aubin, mon très cher Maître,
 Il est entre nous des sentiments trop profondément affectifs pour que je puisse les évoquer ici publiquement. C'est un insigne honneur pour moi, de réunir dans cet amphithéâtre les représentants les plus éminents de l'ORL, vous-même et Messieurs les Professeurs Aubry, Greimer, GRIMAUD et ceux de la Stomatologie Française. Comme si vous estimiez que je n'ai pas trahi ma spécialité d'origine, et que je ne démerite point dans la nouvelle. Les frontières ont quelque fois de ces charmes..., à côté de leurs dangers. Privé de mon Patron, M. le Professeur JACQUES, je puis me vanter d'avoir été adopté successivement par l'Otorhinolaryngologie et par la Stomatologie parisiennes. Beaujon, Lariboisière, c'est évoquer mes pèlerinages aux sources, car vous teniez là, avec notre ami Clerc, une fête permanente pour l'esprit. Que l'esprit ait gagné le cœur, vous le savez. Mais je vous dois beaucoup trop pour pouvoir vous le traduire.

Je suis extrêmement sensible à la présence du Professeur Maurice Aubry, malgré la préparation du très proche Congrès International d'ORL qu'il va présider avec son autorité coutumière et ce pour le plus grand renom de la France, il a bien voulu distraire deux grandes journées à notre profit. Il nous prouve par là, tout l'intérêt qu'il porte à la chirurgie faciale et à la nécessité de la collaboration dans ce domaine avec les Stomatologistes.

Mon avenir semblait fixé, entre mon Service de chirurgie

Maxillo-Faciale et l'agrégation de Laryngologie, quand la maladie du Professeur Houpert me privait des sages conseils d'un ami, la Faculté et l'Institut Dentaire d'un directeur compétent. J'abordai la stomatologie de front, par les voies naturelles pourrais-je dire, en m'inscrivant comme étudiant à la Faculté de Paris. Ce fut pour moi une étonnante découverte : la spécialité était jeune, mais d'une incroyable richesse, médicale, chirurgicale, orthopédique tout à la fois, et pourtant d'une remarquable unité. Elle était portée encore à bout de bras par ses pionniers qui la dégageaient de sa gangue mécaniste pour l'animer de ses aspects fonctionnels. Riche de potentiels: l'orthopédie lento-faciale est tout un monde et il faut avoir vu un Cauhepe, par exemple, rétablir en quelques semaines un articulé dentaire très troublé par simple rééducation de la déglutition ; il faut avoir vu disparaître une névralgie faciale par simple appareillage, pour se convaincre que l'appareil de la mastication n'est pas limité aux maxillaires et aux dents, mais que ces effecteurs sont inséparables du cortex et des centres, comme ils sont inséparables de l'économie tout entière.

Monsieur le Professeur Dechaume, mon cher Maître,
C'est à vous que je dois une conception aussi passionnante d'une spécialité que vous êtes parvenu à incarner. Vous avez mis à son service toutes vos brillantes qualités d'esprit, votre extraordinaire puissance de travail, et tout votre cœur. Il n'est un événement si minime soit-il, en France, que dis-je dans le monde, car voyageur impénitent, vous portez notre prestige bien loin hors des frontières, aucun détail, qui ne vous trouve attentif à l'avenir de la spécialité. Des voix beaucoup plus autorisées que la mienne, de hautes récompenses, l'Académie de Médecine, vous ont, dès longtemps, porté témoignage de reconnaissance. Vous avez permis, mon cher Maître, au modeste élève que j'étais, de défendre sa personnalité chirurgicale. Plus encore, tout en tempérant sainement mes ardeurs, vous me permettez de mettre l'accent sur une conception plus chirurgicale de la spécialité.

Le jeune stomatologiste de demain, nanti d'une solide formation de base, se doit d'embrasser toute sa spécialité. Plus qu'un thérapeute, il doit être le conseil du praticien, médecin ou chirurgien-

dentiste. C'est dire que nous chercherons à former un cadre de qualité, et non des troupes.

Mes chers Confrères, Etudiants, mes amis,

C'est pour moi une joie de voir réunis si nombreux médecins et chirurgiens-dentistes. Les titulaires des chaires de Stomatologie n'ont pas hésité à faire un long déplacement, et je salue ici les Professeurs Cadenat (Toulouse), Dubecq (Bordeaux), Carlier (Lille), Vedrines (Strasbourg), Franchebois (Montpellier). Et mes amis agrégés : Freidel (Lyon), Cerneat et Grellet (Paris), H. Cadenat (Toulouse), Delaire (Nantes), Benoit (Bordeaux). Et les futurs agrégés qui sont, bien entendu, anonymes. La profession dentaire a délégué ses plus éminents représentants et je suis très flatté en particulier de la présence du président du syndicat, M. Ronga, de l'ordre des dentistes, M. des Cilleuls, des médecins, le Docteur Roset. Et personne ne manque, bien sûr, de ma fidèle équipe d'Institut, derrière HUGUIN.

Joyeux certes, mais un peu ému, je l'avoue, de cette convergence d'intérêt à ma leçon inaugurale. Il est vrai que nous sommes aujourd'hui à un point d'orientation crucial pour nos deux disciplines, conséquence inéluctable de la réforme des études médicales et du statut hospitalo-universitaire. Quand je disais, tout à l'heure, que les frontières avaient leurs dangers à côté de leurs charmes ! Lorsqu'en chirurgie, il est une zone dangereuse, la règle d'or est d'exposer le point délicat. Je ne saurais y faillir. Où mieux d'ailleurs qu'à Nancy, pourrions-nous faire cette confrontation si l'on songe que notre Faculté de Médecine a été la première en France, en 1902, un an avant Lille, à fonder un Institut Dentaire et à se pencher sur l'organisation des études d'odontologie. A plus d'un demi siècle de distance, nous recevons la garde du grand rêve, concrétisé par l'Institut, qu'a nourri toute une famille de pionniers, les ROSENTHAL, dont le dernier, Armand, a payé de son sang au maquis de Vercors sa soif d'idéal. Nous en pesons le poids précieux. L'Art Dentaire est vieux comme le monde ; l'Ebers, 1560 ans avant Jésus-Christ, la médecine chinoise, plusieurs millénaires auparavant, Hippocrate, lui consacrent des traités. E il suffit d'avoir vu au Musée Civique de Corneto Tarquinia, tirées d'une tombe étrusque, ces cinq

couronnes de dents humaines, méticuleusement évidées de leur ivoire, et réduites leur émail, et tout aussi esthétiques que nos plus récentes couronnes Jacket tirées d'un four électrique, pour ne point dénier à la profession ses titres de noblesse. Mais depuis lors, cet art a atteint ses sommets. Grâce à l'esprit de recherche qui a conduit à utiliser des matériaux nouveaux, et une instrumentation toujours plus perfectionnée, grâce aussi à l'éducation raisonnée de l'adresse naturelle, la prothèse est parvenue à un degré de perfection qu'il sera bien difficile de dépasser. Mais, à notre sens, ce sont bien précisément ces limites atteintes qu'il convient de franchir.

L'Odontologie est, à l'heure actuelle, dominée, pour ne pas dire réduite, en pratique, aux aspects techniques de la chirurgie dentaire. Car, pour nous, il n'y a guère qu'une différence de degré entre la reconstitution partielle d'une dent à l'aide de l'amalgame et son remplacement total par un bridge. Ces deux actes visent l'un et l'autre à substituer une prothèse à ~~une dent~~ morte ou sur le point de l'être. Sans doute, à lui seul, cet aspect technique, essentiellement prothétique de la profession, motive une éducation spéciale. Et il n'est pas dans notre intention de minimiser ni son importance, ni ses difficultés, ni sa délicatesse, ni toutes les qualités qu'elle requiert. Mais la chirurgie dentaire et la prothèse n'épuisent pas à elles seules toute l'Odontologie. Car le but suprême de ces études ne doit-il pas être de conserver sur l'arcade, et le plus longtemps possible, une dent saine dans son intégrité. En un mot, la médecine dentaire nous semble le cœur même de la spécialité.

Aussi, est-ce dans un sens biologique, physiologique, qu'il convient de développer les études. Ces deux fléaux pour la denture que sont la carie et la pyorrhée, doivent être attaqués à leur base, comme une autre maladie humaine, dans leurs causes profondes comme dans leurs causes externes.

Il est évident que les acquisitions dans le domaine de la carie par exemple, sont encore élémentaires et qu'en pratique, on confond et on traite de façon univoque, comme on le faisait d'ailleurs jadis, pour la carie des os, des maladies aussi essentiellement différentes que ne le sont : une carie du collet, une carie des sillons, la carie des pâtisseries ou la carie des morphinomanes, qui n'ont entre elles de point commun, que l'aspect destructeur de leurs lésions. Sans doute

ces lents progrès de la connaissance viennent-ils, malgré les efforts, de la difficulté d'apprécier dans les tissus durs de la dent, les altérations cellulaires infra-microscopiques qui précèdent la carie, et ceci, malgré les perfectionnements techniques, comme ces moyens optiques électroniques dont nous disposons actuellement. Sans doute l'usage des isotopes nous permettra-t-il bientôt de mieux appréhender les échanges physiopathologiques aux premiers stades. Mais il nous apparaît, comme le dit Dechaume que *« peut être et surtout, la philosophie de la chirurgie dentaire n'est pas étrangère à cet état de choses »*. Insuffisamment instruit des problèmes de biologie générale, dominé par les notions mécaniques, cet art dentaire prétend se maintenir hors des cadres de la Médecine. De ce fait, les recherches sont dirigées avec la conviction sinon la certitude, de l'origine externe de la carie et d'une pathologie physico-chimique. Or, comme le rappelait Charles Richet : *« A côté des lois physico-chimiques qui règlent les différentes formes d'énergie et de la matière, il est des lois biologiques qui peuvent être ou non en concordance avec ces lois. »* Et Vernet disait récemment de même: *« La vie cellulaire n'implique pas, en définitive, un phénomène purement physique ou chimique, mais une régulation, un équilibre et un dynamisme déterminé suivant l'espèce. La vie est un tout dont les parties sont solidaires. Aucune ne reste étrangère à une modification, si légère soit-elle, qui se produit dans la moindre de ses cellules. »* Comme si la dent, ce phanère, n'était pas cet ensemble vivant composé d'une matrice organique, invariable de forme certes, depuis sa naissance jusqu'à sa destruction, mais tissu noble d'échanges que l'on peut assimiler à un système de membranes imprégnées de substances minérales, dont les mutations permanentes ont été prouvées par le phosphore radio actif. Email, dentine, tissu vivant et non stable malgré les apparences ; que dire de la pulpe qui se chargerait parfois, s'il était besoin, de rappeler qu'elle fait partie de l'organisme. La notion fonctionnelle d'organe dentaire, de parodonte, avec cet os alvéolaire qui naît, vit et meurt avec sa dent, avec ce coussinet amortisseur ligamentaire, et cette gencive à la physiologie si spéciale, éclaire singulièrement la plupart des problèmes physiopathologiques.

« Il est donc capital d'affirmer que la pathologie dentaire ne saurait être séparée de la pathologie générale, pour condamner définitivement cette orientation qui nie l'intervention d'un facteur interne dans la pathogénie de la carie » (Dechaume). Sans doute certains éducateurs dentistes, pour ne citer que Marmasse, ont compris comme nous ce problème. Il serait rétrograde de vouloir confiner cet art à ses aspects techniques, à feindre d'ignorer les autres disciplines médicales et les physiologistes, et tous les hommes de tous les laboratoires où la vie est l'objet constant de la recherche.

Un tronc commun des études médicales et dentaires est la seule solution raisonnable. Nous nous efforcerons de faire de nos élèves dentistes, si l'autorité supérieure nous en donne les moyens, non seulement d'excellents orthopédistes, capables d'exécuter d'artistiques jambes de bois, mais aussi des spécialistes scientifiques, dont la main sera guidée par l'esprit. Et dans cette optique, nous savons pouvoir compter au premier chef sur nos dévoués collaborateurs dentistes, qui sont ou seront Professeurs d'Institut. Qu'on nous comprenne bien : Foin de polémique entre chirurgien-barbier et chirurgien de Saint-Côme, entre robe longue et robe courte et la Médecine ne revendique pas pour elle seule cette orientation scientifique de l'esprit! Nous voulons simplement en pénétrer le corps enseignant dentaire, pour lequel nous souhaitons que soient prévues des situations décentes, en rapport avec sa valeur et son dévouement. Nous voulons en pénétrer nos étudiants, qu'ils soient dentistes ou médecins.

Je voudrais maintenant vous entretenir de la chirurgie de la face.

C'est un domaine qui n'appartient à personne - ou bien à tout le monde, ce qui revient au même - si vous songez au nez, à la bouche et aux yeux, et qu'il s'agit de chirurgie. Belle pomme de discorde entre voisins direz-vous, que le sujet de notre propos. Que non point! Cette chirurgie a des impératifs si catégoriques qu'elle se défend toute seule de telle ou telle appartenance, et se moque même des manifestes de Congrès. Car le mauvais résultat s'affiche et ne pardonne pas. Chirurgie de région, elle est à qui sait la faire, s'il est rompu aux gammes des disciplines fondamentales. Sujet bien délicat,

toutefois à traiter devant l'élite des plasticiens français et de quelques-uns de nos amis étrangers qui nous font l'honneur de leur présence.

Messieurs les Membres de la Société française de Chirurgie plastique et reconstructive,

Vous m'avez comblé bien au-delà de mes mérites en me portant cette année à la Présidence de votre Société. Poste redoutable, pour qui connaît la haute tenue de vos séances de travail. Poste bien agréable aussi, pour qui juge à leur prix tout le charme de vos réunions et le faste qui les entoure grâce, bien sûr, à notre ami Morel-Fatio, inlassable animateur. Laissez-moi vous dire notre fierté de vous accueillir si nombreux en notre terre de Lorraine. A tous, je souhaite la bienvenue et très spécialement à nos anciens Présidents : Iselin, Aubry, Ginestet et Jean Gosset. Le Prince de Beauvau-Craon me fait aussi l'insigne honneur d'être là. Grâce à lui, nous saurons vous recevoir dignement.

Léon Dufourmentel groupait joliment les divers aspects de la chirurgie de la face sous le vocable de « *Chirurgie des tégument et des formes* ». Cet homme de goût, doublé d'un solide esprit scientifique mettait l'accent, volontairement sans doute, sur le caractère artistique de la chirurgie de cette région. Mais s'il est bien vrai que la chirurgie profonde, la chirurgie du squelette, celle qui rétablit l'ordonnance troublée des chevalets cosmétiques du visage, est tout aussi importante que celle qui s'adresse aux tissus de surface, il ne faut point oublier que la face n'a pas seulement des fonctions d'expression et de mimique. Le massif facial abrite aussi les premières voies aéro-digestives d'une part, et d'autre part, nos principaux informateurs : le nez, l'œil et l'oreille ; à tel point, qu'il constitue pour l'individu le poste principal de ses récepteurs et émetteurs périphériques vers le monde extérieur.

La chirurgie de cette région doit donc respecter, améliorer ou rétablir entre autres, les fonctions de mastication, de respiration, de phonation. Cette optique fonctionnelle nous permettra d'envisager successivement certains aspects de chirurgie stomatologique, de chirurgie cosmétique, puis d'effleurer quelques problèmes touchant

la psychologie du malade et les processus de cicatrisation. La stomatologie répond, d'un point de vue topographique, à l'étage buccal de la face par lequel nous établissons des rapports d'excellent voisinage avec l'otorhino-laryngologie. Nous nous bornerons à enregistrer les progrès récents réalisés en stomatologie chirurgicale, tout en soulignant que tout ce qui est récent ne constitue pas toujours un progrès et que tout progrès n'est pas forcément récent.

Depuis que le monde est monde, les traumatismes faciaux abondent. Jadis lésions pugilistiques, résultats de coups de massue, de lance ou d'épée, puis d'armes à feu en tous genres, les dégâts des maxillaires sont devenus aujourd'hui l'apanage des accidents de la circulation. Dire leur fréquence serait un truisme, mais pour fixer les idées, nous rappellerons qu'en dix ans, près de cinq mille fracturés, soit plus d'un par jour, ont été traités dans notre Service. Le bouleversement de la charpente du visage s'accompagne souvent d'une perte de l'engrènement des dents entre elles et parfois d'un certain degré de commotion cranio-encéphalique. Là, comme ailleurs, le rétablissement de la forme entraîne le retour de la fonction. Au niveau de la main, Iselin et Gosset, nous ont maintes fois rappelé cette notion essentielle de la restauration simultanée de la morphologie et de la physiologie. A la face, le déplacement réduit, nous verrons rétablies l'expression comme la respiration nasale et la mastication.

C'est fort de ce principe de la primauté du rétablissement de l'articulé dentaire qu'au siècle dernier, le lyonnais Claude Martin condamnait les méthodes chirurgicales qui ne conduisaient qu'à la suppuration et à la perte de la fonction. Et, pendant plusieurs lustres, les orthopédistes régnèrent seuls, en Maîtres incontestés. Aujourd'hui encore, arcs, gouttières et blocages intermaxillaires restent la clé de voûte du traitement. Mais depuis la dernière décade, l'antibiothérapie a fait renaître l'ostéosynthèse chirurgicale de ses cendres. Et, pour le plus grand confort des blessés, les volumineux casques plâtrés, les ingénieux échafaudages de traction, sont sur la voie du musée, malgré les services signalés qu'ils auront rendus. Remarquons que, très prudemment, nous avons installé notre musée tout près du bloc opératoire, car ils sont encore irremplaçables dans les gros fracas.

En carcinologie, la chirurgie majeure, monobloc, n'est humainement

tolérable, à notre avis, que si la reconstruction primaire ou retardée est possible. Et, avec Tourgis, nous réalisons simultanément, chaque fois qu'il est possible, l'exérèse et la greffe. Le « nursing » si important chez ces gros malades en est facilité.

Dans les anomalies qui frappent l'organisation du massif facial, le chirurgien doit être à la fois stomatologiste et plasticien, ou bien alors s'assurer le concours du stomatologiste afin d'éviter l'échec d'une dysharmonie des arcades dentaires. La correction du prognathisme mandibulaire par exemple, est maintenant parfaitement ordonnancée avec conservation des dents vivantes, et je salue ici le Médecin Général Ginestet, à qui nous devons non seulement les techniques, mais aussi un de nos plus précieux collaborateurs, son élève le Docteur Dautrey. Divisions palatines, becs de lièvre, l'orthodontie est essentielle avant, pendant, après l'acte opératoire et tout au long de la croissance, jusqu'à l'âge adulte ; le spécialiste s'efforcera de diriger le squelette qui porte la denture. Ce squelette, en plein devenir, est encore merveilleusement plastique. De telle sorte que, pour rétablir ce maxillaire profondément troublé dans sa genèse, il faudra souvent un savant dosage de gestes chirurgicaux, qui le brutalisent quelque peu, mais rétablissent au mieux les sangles musculaires et l'anatomie, d'appareils de redressement, qui le contraignent, et d'une rééducation de la déglutition et de la phonation, qui exploite et maintient les résultats acquis ; car la denture s'ordonne entre les poussées antagonistes mais équilibrées de la langue et des lèvres.

Et voilà qu'éclate dans toute sa nécessité la notion d'équipe où chacun, qu'il soit chirurgien, plasticien, ORL ou stomatologiste, fait taire sa superbe pour ne plus obéir qu'à l'intérêt supérieur du malade. Toute cette chirurgie faciale doit beaucoup dans sa marche en avant, aux immenses progrès réalisés par l'anesthésie-réanimation et tout spécialement à l'application de sa méthode endotrachéale. Le rôle de l'anesthésiste réanimateur, du moins tel nous le concevons, s'étend sur l'ensemble du traitement. Depuis le bilan diagnostique général, l'indication des modes anesthésique et opératoire, jusqu'à la guérison. Tout est pesé, discuté de concert entre opérateur et anesthésiste, sur pied d'égalité, et le chirurgien n'est plus le monarque absolu en salle d'opération. Pilier essentiel du service de chirurgie Maxillo-faciale,

l'absence heureusement rarissime du Docteur Kurtz, ce parangon de dévouement et de conscience, se traduirait par une paralysie du service, n'était-ce l'empressement de ses collègues, qui nous rendent par là, toute l'estime que nous portons à leur spécialité. Cet heureux mariage, comme bien d'autres, vit de concessions réciproques mais garantit la sécurité du malade.

Il y aurait encore beaucoup à dire dans ce domaine chirurgical de la Stomatologie. Dechaume nous a montré l'exquise sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire, informateur précis et véritable organe des sens bien plutôt que rouage d'appui. Et cependant, Aubry et Palfer-Sollier nous ont prouvé sa remarquable tolérance chirurgicale. Mais, je ne saurais abuser de votre patience et nous aborderons maintenant la chirurgie de surface, la chirurgie plastique.

Le plasticien facial respecte bien sûr, les principes généraux de toute chirurgie, mais il a de plus un impératif singulier : ne pas laisser de traces. C'est nous demander en somme, d'être quelque peu magiciens. Et si, à notre époque, nous ne craignons plus guère de « Chambre ardente », si même, comme notre prestigieux ancêtre de la Renaissance, Gaspard Tagliacozzi, nous ne risquons plus d'être traité de sorcier, « *pour nous être mêlé de changer quelque chose à l'ordonnance du visage établi par Dieu* », nous n'en marchons pas moins sur la pointe des pieds. Ainsi faisons-nous une chirurgie délicate, avec de petits instruments, et cachons-nous nos incisions du mieux que nous pouvons. Chirurgie délicate ? Qui a disséqué les ramuscules du facial entre les deux lobes de la parotide pourra en attester. Ce principe de réduire au maximum l'attrition tissulaire, nous l'appliquons au mieux de notre adresse par la précision anatomique du geste et l'affinement du matériel. Nos voies d'abord seront cachées, s'il est possible, dans les vestibules ou bien dissimulées derrière l'oreille ou bien encore enfouies dans un pli naturel. Ailleurs, elles suivront les lignes physiologiques de Langer. Tout ceci pour obtenir la cicatrice la moins apparente qu'il se peut. Et ceci pour ce faire, malade et opérateur devront rassembler toutes les conditions requises, et optima. Tout comptera, même le pansement. Mais le meilleur moyen, Messieurs, d'éviter la cicatrice de chirurgie réparatrice est de l'éviter elle-même.

La réparation primaire des plaies de la face doit être économique et méticuleuse : jamais de parage chirurgical des bords, mais brosseage, déterision et reconstitution méticuleuse, en jeu de patience. Et vous aurez l'heureuse surprise d'enregistrer, grâce à la riche vascularisation de l'extrémité céphalique des survies de lambeaux qui, s'ils siégeaient ailleurs, auraient irrémédiablement été voués à la nécrose. C'est l'oubli de ces notions élémentaires de pratique courante qui nous fournit un fort contingent de réparations secondaires.

Le patient qui se soumet à la chirurgie faciale réparatrice est bien différent du sujet de la chirurgie habituelle, car il vient au plasticien, dans l'espoir qu'il sera l'objet d'une intervention, tandis que le second espère, assez souvent, que le chirurgien général lui dira que l'opération n'est pas nécessaire. « *L'un courtise la chirurgie, l'autre la redoute.* » Ce désir de la chirurgie plastique de la part du patient le rend particulièrement vulnérable, à ceux dont l'intérêt dominerait la conscience professionnelle, d'autant que le malade est toujours enclin à trop attendre du chirurgien. Il faut dire, à ce sujet, qu'une certaine littérature périodique confond volontiers information et déformation de l'esprit du public, quand elle n'est pas réduite à une vulgaire propagande commerciale. Quoi qu'il en soit, la simple honnêteté veut que soit dressé un bilan de nos possibilités chirurgicales - ce qui demande une certaine expérience - et qu'il soit présenté sincèrement au malade.

« *Un beau visage est le plus beau des spectacles* » selon Jean de la Bruyère et le mariage de ces éléments, vivant mystère de l'harmonie universelle. Mais les canons de la beauté ne sont pas règles fixes et son charme lui vient souvent d'une association heureuse de structures peu classiques. Chaque élément en soi, peut être parfait, l'oreille bien ourlée et la bouche bien faite, et toutefois, l'ensemble peu plaisant. Lorsque la vie anime et nuance l'expression fondamentale de la face au repos, l'harmonie statique peut faire place à une symphonie mouvante. Le sourire intérieur de la bouche et des yeux est une fenêtre ouverte sur l'indicible. « *Pour qui sait observer, disait Alexis Carrel, dans « l'homme, cet inconnu », chaque homme porte sur sa face la description de son âme* ». La mimique, fonction principale du visage chez l'homme constitue un de

ses moyens d'expression les plus riches et les plus délicats. Or, l'homme, animal de groupe, a un besoin psychique inné d'entretenir des rapports avec ses semblables. Que son soma soit gravement atteint dans ses formes et particulièrement au niveau d'une face qu'il offre à tout venant et il aura de fortes chances, hormis un équilibre psychique particulièrement stable de perdre son sentiment d'adaptation au milieu, condition capitale du bonheur. Cette optique de l'homme total, de la réhabilitation psychique de l'individu, domine tous les problèmes de chirurgie faciale.

Donc, avant toute chose, dans un colloque singulier pour reprendre la célèbre expression du Professeur Portes qui rend bien le climat intime de l'entretien, nous devons saisir la psychologie de notre patient. *« Il n'y a qu'un point commun à tous les sujets qui viennent nous demander conseil et parfois secours, c'est qu'ils ne s'acceptent pas tels qu'ils sont. »* Ainsi commençait une conférence récente, remarquable et remarquée de notre ami Morel-Fatio et je ferai miennes bien des conclusions de sa très fine analyse. Pour être schématique, nous avons affaire à trois groupes de sujets. Certains gardent intact leur équilibre psychique et ne posent aucun problème. D'autres présentent un défaut mineur mais avec retentissement psychique exagéré. Les derniers enfin, se plaignent de disgrâces imaginaires.

Dans le premier groupe, d'aucuns ont un défaut du visage dont ils ont claire conscience et ils nous demandent conseil sur l'opportunité d'y remédier, d'autres porteurs de grandes mutilations ou malformations viennent chercher une atténuation de leurs disgrâces. Opérés, même s'ils n'ont pas bénéficié d'un résultat parfait, mais seulement d'une franche amélioration, ils se montreront le plus souvent satisfaits. Notons qu'un individu solidement équilibré, appuyé sur une forte personnalité, admet parfaitement un défaut même majeur et mènera une vie heureuse s'il a une richesse intérieure et des satisfactions sentimentales et professionnelles qui le dédommagent. Qui plus est, la disgrâce, comme la maladie, sont parfois capables de magnifier l'individu.

Le deuxième groupe est de loin, le plus important par le nombre. Ce sont les porteurs de déformations mineures et dont la détresse apparaît hors de proportion avec l'importance du

défaut. A leurs yeux, la chirurgie esthétique - il faut bien employer ce mot, quoi qu'il m'en coûte - est omnipotente et mettra fin à leur anxiété. En vrai, la plupart d'entre eux souffre dans leur être profond de ce qu'il est convenu d'appeler d'un terme bien vague, dont on abuse à tous propos, et que nous emploierons faute de mieux, de « complexe » : Ce sont avant tout des insatisfaits, et ils en ont conscience, une conscience plus ou moins diffuse et latente mais parfois douloureuse, lancinante et même dramatique. Ils sont inadaptés, et le plus souvent, ils l'ignorent. Pénétrés à tort d'une sensation imaginaire d'isolement où les tiendraient les autres, ils se replient sur eux-mêmes, incapables d'échanges humains parce qu'ils ont perdu leur curiosité, leur joie de vivre, leur disponibilité, leur possibilité de présence et d'intérêt pour les autres. Cette dépression affective est souvent teintée d'ailleurs d'une certaine agressivité pour les parents qui tentent de les secourir. Enfermés dans leur « autisme », ils en viennent à répudier à la fois le monde extérieur comme aliment de leur pensée, et autrui comme but de leur manifestation.

Tous les degrés peuvent se rencontrer car selon René Hutghe, dans « L'Art et l'Ame » : *« la psychologie est chose vivante ; il n'y peut être question que de dominantes : elle échappe aux simplifications et aux classifications de l'esprit... Il faut des nuances, des ombres, des fondus. »* Et, en soi, le recours à la chirurgie esthétique constituerait une tentative heureuse pour sortir de l'impasse. Mais reste à déterminer avant d'agir, dans quelle mesure la disgrâce incriminée est responsable des échecs sentimentaux ou professionnels qui ont déterminé la perte de confiance en soi, ou bien si, au contraire, elle ne constitue pas une excuse, un bouc émissaire à un déséquilibre relevant d'une cause plus profonde et qui échappe souvent au patient. Dans, ce cas, l'acte chirurgical, ne ferait qu'aggraver la psychose. C'est dire l'importance de l'interrogatoire discret adroit, et cependant direct et assez poussé à la recherche, de la faille, de la petite rupture d'harmonie intérieure. Il y faudra beaucoup de tact pour atteindre à la confiance.

Ce recours de plus en plus fréquent à la chirurgie esthétique nous prouve qu'il y a actuellement, dans le monde travaillé par une

crise de civilisation, et où la spiritualité a souvent cédé devant le matérialisme, un défaut d'adaptation, une incertitude du lendemain, que chaque individu éprouve plus ou moins douloureusement, mais auxquelles personne n'échappe complètement. Ceci n'est qu'un aspect du problème moral de l'angoisse, mais l'analyse de ces raisons profondes nous entraînerait dans le domaine de la spéculation psychologique, et nous nous bornerons à constater un fait : l'idéal du temps, pour beaucoup, se concrétise en une ressemblance à une quelconque star de cinéma ou à quelque jeune premier... et ils en souffrent. *« Lorsqu'un organisme vivant élémentaire est placé dans des conditions défavorables, il tend à s'adapter par le jeu de modifications biologiques qui sont d'ordre physico-chimiques. Lorsqu'un homme affronte un milieu qu'il juge défavorable, il tend à s'adapter, mais cette fois, par un processus psycho-mental. Nous touchons là au problème même de l'être. Tout est à la fois essence et existence, esprit et apparence »*, comme l'adit Morel-Fatio. Plus ou moins inconscient de son inadaptation, en tous cas, conscient de son « *inconfort* », il réalise qu'il ne pourra retrouver son équilibre compromis qu'au prix d'un changement. Mais que cherche-t-il à modifier ? Son essence ou son apparence ? Bien que le dilemme ne lui apparaisse que rarement, d'une façon aussi claire, sous son double aspect, c'est presque toujours l'apparence qui attire son attention. Et il rend responsable l'image que lui reflète le miroir. Le défaut corrigé, il retrouvera le plus souvent son équilibre et sera délivré de l'angoisse.

Dans le dernier groupe enfin, la cristallisation de toutes les difficultés internes, de toutes les angoisses profondes, s'effectue sur un détail insignifiant quand il n'est pas imaginaire. La seule attitude valable dans ce cas est d'analyser avec lui son débat intérieur, de tenter de le comprendre, et de lui prouver l'involontaire transfert qu'il a effectué du mental vers les apparences. Domaine infiniment complexe, où il n'est pas rare que nous perdions pied, au milieu des échanges inextricables entre psyché et soma. Le concours du neurologue, ou mieux du psycho-somaticien est indispensable.

Cette esquisse du problème mental montre bien qu'il ne suffit point,

pour être plasticien facial, d'être doué d'habileté et de goût, mais que quelques qualités de psychologue et surtout une solide valeur morale ne sont pas superflues. Ainsi donc, cette chirurgie de la face a une personnalité certaine, mais elle reste étroitement dépendante de ses disciplines de base. La vitalité scientifique de la stomatologie et de la chirurgie faciale exige qu'elles restent largement ouvertes aux grands problèmes, aux constants remaniements de la médecine et des spécialités voisines. Dans l'ordre pratique, c'est surtout avec les traumatologues que nos contacts semblent les plus nécessaires et les plus fructueux. Aussi, souhaitons-nous, que la réorganisation actuelle du travail hospitalier prévoie le regroupement des implantations par familles techniques, de manière à assurer la simultanéité des soins trop souvent successifs et retardés.

Pour nous préparer à ces temps heureux, mais futurs, et traiter des problèmes de reconstruction communs à plusieurs disciplines, la Société française de chirurgie plastique, par son recrutement varié, réalise dès aujourd'hui un excellent milieu de contacts et d'échanges. La France qui, grâce à elle, a, dans la pratique, comblé son retard d'après guerre, se doit en vue de concrétiser cette synthèse morphologique et fonctionnelle, appuyée sur une admirable technicité, de dispenser son enseignement, ne serait-ce que dans la capitale. A titre d'exemple, que nous fussions chirurgiens réparateurs des membres ou de la face, nous nous sommes tous passionnés récemment pour les problèmes soulevés par la régulation de la cicatrisation conjonctive, thème d'un de nos derniers congrès. Est-il besoin de rappeler l'importance de ces phénomènes dans notre pratique journalière ? La moindre plaie ne déclenche-t-elle pas tout un jeu subtil de réactions tissulaires, neuro-hormonales et générales, dont l'accomplissement harmonieux assurera la cicatrisation parfaite dans ses délais et dans sa qualité alors que tout dérèglement aura, au contraire, des conséquences funestes sur le résultat fonctionnel aussi bien que cosmétique.

Nous devinons actuellement les phases oscillantes des réponses tissulaires en synchronisme avec la courbe du syndrome d'adaptation générale post-agressive. Lagrot et Vilain ont ouvert à nos yeux une voie féconde, à la recherche des effets de

l'ACTH et des hormones corticoïdes sur le tissu de granulation : arrêt immédiat du suintement d'une brûlure, blocage du bourgeonnement, véritable miracle qui libère brutalement les potentialités d'épidermisation étouffées sous l'excès de prolifération conjonctive. Mais, pour immenses que soient les progrès réalisés dans la compréhension des phénomènes intimes de la cicatrisation, bien des points restent obscurs, bien des échecs mystérieux. Et plus notre connaissance s'accroît, plus notre ignorance nous apparaît grande en raison de la complexité des problèmes entrevus. Au-delà des frontières des diverses spécialités cliniques, nous rejoignons ici les préoccupations du biologiste représenté à notre Congrès par M. Policard. Nous avons tous senti, sous son impulsion dynamique, la nécessité de nous élever au-dessus de la simple technicité de métier, et nous avons peut-être secrètement envié ceux qui consacrent toute leur activité à ces recherches et spéculations exaltantes.

Toutefois, considérons que dans l'organisme complexe de la médecine moderne, nous cliniciens et opérateurs, sommes le point de départ et d'aboutissement de tous les efforts, de toutes les recherches. Notre tout premier devoir scientifique est d'observer attentivement les lésions ou réactions du tissu vivant, d'essayer d'appréhender les effets réels des agents thérapeutiques, d'apprécier impartialement et objectivement les résultats. Sans doute, nous sera-t-il possible un jour de nous livrer à la chirurgie expérimentale mais, comme Jean Gosset l'a souligné avec beaucoup d'humour, elle sera entre nos mains, sans doute beaucoup trop réalistes, plus efficace dans un but de mise au point technique que dans le sens de la recherche spéculative et théorique. Il nous faut bien reconnaître que cette activité ne sera jamais, pour la plupart d'entre nous, l'essentiel, que notre cœur est trop attaché à l'humain, au désir de soulager, de réparer, de corriger nos semblables, pour que nous acceptions de nous détourner de ce but fondamental qui est, pour nous, en somme, notre prière.

Pour terminer, je voudrais vous dire, mes amis Etudiants, comme je rêve d'enseigner.

La leçon magistrale a vécu, je crois, dans les sciences cliniques. Je n'ai pu aujourd'hui dépasser le seuil de l'aimable causerie. Il nous faut serrer les faits de plus près. L'efficiency est au prix du contact direct : photothèque, filmothèque, enseignement visuel, bien sûr, mais surtout le contact direct avec les malades.

Ceci présuppose des locaux vastes, des moniteurs nombreux. Le groupe de dix étudiants, médecins ou dentistes, est un maximum. La réforme prévoit, le pouvoir central promet, vivons d'espoir ! Mais notre manière d'être et de faire sera le fond même de notre enseignement, car autour de nous, le moindre de nos gestes, la moindre de nos attitudes, et tout notre comportement sera, nous le savons, à coup sûr... jugé, et parfois reproduit.

Et paraphrasant notre Grand Lyautey, nous dirons que : *Nous aussi, nous savons notre Servitude et notre Grandeur.*

Texte publié dans la « Revue médicale de Nancy » (1962 – p. 1-25)

Jean Lochard



Leçon inaugurale : 1962

Monsieur le Recteur,
 Votre présence est pour nous et pour moi un honneur et une joie et je vous en sais gré. Elle témoigne de l'intérêt que vous portez à l'enseignement de la Médecine et à ses problèmes. La profondeur et la générosité de votre pensée, la dignité et la chaleur de votre abord vous ont déjà acquis l'attachement de notre Faculté lorraine. « *Notre tâche d'homme est d'aider les jeunes à grandir* », nous disiez-vous. Ce sera dans cette leçon notre souci, particulièrement préoccupant dans la formation du médecin d'aujourd'hui.

Monsieur le Doyen,
 Vos paroles de bienvenue, qui me touchent profondément, ajoutent à la confusion du nouveau titulaire, toujours très ému quand il doit parler en public, et pour qui cette estrade, devenue familière, et l'assistance pourtant combien amicale, se sont revêtues aujourd'hui d'une grande solennité.
 Quand vous m'avez demandé de reprendre la tradition des leçons inaugurales et qu'en tant que plus récent professeur titulaire, j'avais à

donner l'exemple, vous m'avez porté un grand choc, car j'espérais que cet honneur redoutable serait réservé à ceux d'entre nous pourvus de talents oratoires et d'esprit, condition qui m'en auraient évidemment dispensé ! Ou à ceux, qui par la maturité de leur intelligence, par le bénéfice de quelques loisirs, que ne nous accorde guère notre activité de chirurgien, et par la méditation, ont su accéder à la sagesse. Mais votre ton et votre attitude sereine, impassible et ferme comme à l'accoutumée, ne laissait deviner la moindre fantaisie. J'y ai perçu cependant une note d'amitié bienveillante qui m'apporta l'encouragement nécessaire.

M. le Doyen, mes débuts extra-nancéiens ne m'ont pas permis d'être votre élève ou votre compagnon de travail, mais j'ai eu maintes fois l'occasion d'apprécier la clarté, la netteté de votre intelligence, et des expressions de votre pensée. Nous sommes heureux que votre sens élevé du devoir et de l'Autorité, soit maintenant, dans cette époque difficile, au service de cette Faculté.

Messieurs les Professeurs,

Le temps me paraît proche où vous étiez pour moi des personnages respectés mais craints que les étudiants et les candidats à répétition que nous étions, situions toujours sur un plan inaccessible, beaucoup plus lointains que la hauteur de l'estrade ou la largeur de la table qui nous séparait de vous aux examens ou aux concours ne pouvait le faire penser, jugeant avec gravité, dépositaires de notre sort.

Et puis, vous approchant de plus près, au travers du paravent professoral et par-delà la rigueur à laquelle votre autorité vous oblige, travaillant à vos côtés, j'ai appris à découvrir combien votre supériorité savait être indulgente et amicale, avec quelle affection et avec quelle vigueur vous conseilliez et aidiez vos élèves qui devenaient un peu vos enfants. Votre bienveillante amitié m'a chargé aujourd'hui d'un honneur que je ne suis pas, sûr de mériter, mais aussi d'une lourde responsabilité pour laquelle vos conseils et tout simplement votre exemple me tracent la voie.

Ma reconnaissance envers vous se teinte un peu de la mélancolie que nous ressentons tous en concluant une étape de notre existence.

Pour beaucoup d'entre nous, l'accession à cet honneur l'aboutissant normal, logique et mérité où les conduisent leur intelligence et leur travail, la convergence harmonieuse de leur vocation, de leur éducation et des conseils de leurs proches.

J'ai vainement essayé de trouver dans mes antécédents une explication pathogénique à ma présence ici ce soir, sinon une attirance prononcée vers l'inconnu et le paradoxe, et les fantaisies du sort qui me détournèrent de mes destinations raisonnables et me firent connaître, en pénétrant dans cette carrière une succession de découvertes, de responsabilités nouvelles pour lesquelles je n'étais ni instruit, ni préparé et où j'entrais, incompetent et naïf. Aussi, c'est uniquement par son caractère insolite que ce traditionnel curriculum vitae mérite d'être évoqué.

Les membres de ma famille qui s'enracinent dans le pays de Montbéliard, petit territoire original par son histoire, ne comptent guère que des cultivateurs et des artisans qui ne connurent d'autres distinctions dans leur vie simple qu'une charge de maire de leur commune, ou une inscription sur le monument aux Morts. Je leur garde mon respect et ma reconnaissance. Nous avons à notre époque trop tendance à admirer, à louer et à honorer les apparences que donnent à l'individu les titres et fonctions, la richesse et le savoir. Elles ne sont qu'un vêtement qui souvent masque les vertus essentielles, innées, inamovibles, qui soutiennent réellement la personnalité, lui donnent ses fondations et sa charpente, et qui toujours reviennent au premier plan dans les circonstances difficiles ou déterminantes de la vie ; et c'est souvent chez les habitants de nos terres de l'Est que se rencontrent le plus couramment le courage, la générosité, l'honnêteté, cachés dans leur vie simple et modeste.

Je dois à mes parents et à mes grands-parents une jeunesse heureuse. Qu'y a-t-il qui puisse mieux combler et embellir l'enfance d'un garçon que des champs sans barrière, des forêts, une rivière, des camarades de toutes conditions, tous les trésors et merveilles de la ferme de mes grands-parents maternels et l'atelier de mon père, orné d'outils, de moteurs de toutes sortes de calibres, les uns disséqués, les autres bien vivants, ronflants, rugissants, animant des véhicules hétéroclites et fascinants.

Quand il me fallut choisir une profession, mon père, qui avait travaillé dès l'âge de douze ans à l'industrie automobile naissante et s'y était élevé, me laissa l'embaras du libre choix, à condition que ce ne fût pas l'industrie, qui pourtant me tentait.

Pourquoi alors, suis-je devenu médecin ? Probablement parce que je n'avais aucune raison de le devenir mû, comme en bien d'autres circonstances, par une curiosité aventureuse. Ma famille n'avait jamais compté de médecin et la seule fréquentation médicale dont j'avais le souvenir précis remontait à une plaie survenue pendant une expédition du jeune âge, et recousue sans anesthésie, parmi mes hurlements.

C'était insuffisant pour éveiller une vocation.

Après trois années d'initiation à l'Ecole de Médecine de Besançon et un long entr'acte militaire de vie végétative où se dispersa le léger bagage médical que j'avais amassé, j'étais démobilisé à Nancy et me plongeai dans la préparation de l'Internat avec d'autant plus d'ardeur qu'il me laissait entrevoir, après cette léthargie, à la fois le travail hospitalier et une existence matériellement assurée.

Je redoutais le contact avec cette Faculté inconnue. Sans patrons, sans appui, étranger à cette région lorraine dont j'ignorais tout, sauf qu'elle est symbolisée par un chardon ; venu d'un milieu différent par ses traditions, je craignais le parti pris. Ne dit-on pas que les concours des Hôpitaux sont injustes, que le Lorrain est froid et peu hospitalier ? Que des barrières de particularisme divers peuvent encore s'élever ? Or, je saisis l'occasion de le dire et de rendre hommage à cette région et à cette Faculté où j'ai été accueilli ; je n'ai jamais rien observé de tel et je suis convaincu qu'aujourd'hui les étiquettes et les protections occultes ne créent plus sur ce sol et dans notre milieu médical un obstacle à l'intelligence, au travail et à ce que nous appelons la promotion sociale. Malgré mon abord incontestablement rugueux, j'ai rencontré en toute occasion parmi mes maîtres, mes camarades, un accueil simple et cordial et les aspects originaux du caractère lorrain me semblent être maintenant un sens particulièrement élevé du devoir et de l'honnêteté, une hospitalité et une cordialité simple, sans exubérance et sans apprêt, mais sans réticence, qui donnent des amitiés fidèles, enfin une modestie qui peuvent le desservir lors d'un jugement léger et le

placer au-dessous de sa valeur réelle.

La préparation de l'internat par la présentation de malades, très défendue et très chère aux hospitaliers nancéiens, me fit découvrir un enseignement médical nouveau vivant, fécond, enrichi de l'expérience des moniteurs et des camarades de travail, potentialisé par l'atmosphère de compétition.

Cet enseignement a toutes les qualités : il force au travail personnel et développe par l'émulation, il enseigne la rigueur et la discipline dans l'examen clinique, il apprend à observer, à réfléchir, à exposer. Il apprend à connaître la maladie et aussi le malade, il reste solidement gravé. Mais aussi, cet enseignement fait par nos aînés en petites écoles de clinique, demandait de leur part du temps et de la compétence, et ma dette est grand envers tous les internes et chefs de clinique de l'époque, envers vous, M. CHALNOT, M. HERBEUVAL, qui ne nous avez pas ménagé votre temps, envers vous, M. CAUSSADE, Simone STEHLIN, et combien de mes aînés qui avez été les premiers à m'accueillir dans cet Hôpital et dans cette Faculté, m'avez fait travailler et éveillé cette attirance passionnée - vers le malade qui, une fois née, habite toute notre vie.

Mes deux premières années d'internat furent consacrées à la Médecine. Je ne regrette pas cette erreur d'aiguillage. Il faut au chirurgien une solide culture médicale et scientifique et l'entretenir. Aux Etats-Unis, une année préparatoire à la chirurgie est souvent consacrée à la recherche en physiologie expérimentale et à différents laboratoires de sciences fondamentales. Il faut maintenir cette culture si nous ne voulons pas que notre savoir rétrécisse autour de notre bistouri.

Le contraste était grand entre l'atmosphère des services de clinique médicale de MM. DROUET et ABEL. Ici la clinique brillante, qui procédait par bonds et traits de génie ; là où une atmosphère de gravité se répandait sur tout et sur tous, l'examen patient, consciencieux, sérieusement documenté. J'y ai beaucoup travaillé et garde à mes deux maîtres un affectueux souvenir.

Je voulais être médecin de campagne pour retrouver les grands

espaces et le calme, chers à mon enfance. Il n'était pas question de devenir chirurgien car je tremblais comme une feuille en posant une agrafe et devenais lypothymique en tenant des écarteurs. Mais je ne pouvais pas déceimment être un honnête praticien sans savoir inciser un panaris ou un abcès du sein, et faute de mieux, je me résignais à une année d'internat consacrée à la chirurgie. La thérapeutique de désensibilisation et de choc fut radicale, puisque quatre mois après, j'assurais la bonne partie du travail et la totalité des urgences à la Clinique chirurgicale A. Un an après, j'étais entraîné à la cadence opératoire torrentielle de la Clinique chirurgicale de M. Hamant. Deux ans après, je me retrouvais avec vous, M. Chalnot, travaillant et opérant quotidiennement de 7 heures du matin à 10 heures du soir, sans grande interruption.

Je suis arrivé chez vous en tremblant, M. HAMANT d'abord parce que, émanation de la maison d'en face, parce que, disait-on, les humains à vos yeux se classaient en deux groupes irréductibles : vos amis et élèves d'une part, et les autres dont j'étais. Et parce que des légendes terrifiantes habitaient votre demeure et environnaient votre puissante silhouette. Vous étiez encadré de gardes du corps, petits, trapus, musclés, peu loquaces, mais d'une activité débordante et variée, à l'œil et à la démarche vifs, d'une résistance physique invraisemblable. Je cherchais à me dissimuler, à me placer à l'écart de vos explosions et à faire mon travail en silence. Vous avez eu pitié de ma faible personne et m'avez épargné, et comme bien souvent l'homme est tout autre que sa réputation, j'ai souvent découvert chez vous un autre personnage, paternel et bienveillant. J'eus une fois l'audace de vous adresser la parole et de vous conter mes difficultés. Vous êtes immédiatement entré en action car vous êtes de ceux qui, pour aider ou défendre ceux que vous estimez et qui dépendent de vous, s'engagent sans hésitation sans réserve, et vous voir au combat est un beau spectacle car vous êtes un lutteur redoutable aux coups directs et puissants.

Votre adresse opératoire était légendaire, et sur ce point, la légende n'est pas en défaut. L'intervention se déroulait toujours sur un rythme constant, sans aucune précipitation ni nervosité mais sans hésitation, sans temps d'arrêt, sans geste inutile mal calculé, dans un silence de

cathédrale. Et cette uniformité, ce calme, cette régularité du geste donnaient au spectateur l'impression d'aisance et de simplicité qui n'appartiennent qu'aux très grands opérateurs, ceux qui possèdent à la fois l'adresse, une grande expérience qui leur permet de déjouer et de contrôler les difficultés, une discipline opératoire rigoureuse et un parfait contrôle d'eux-mêmes.

Vous êtes, Monsieur, dans toute l'acception du terme, un patron, un grand chef d'école, celui qui par ses dons et son exemple façonne et modèle ses élèves et qui sait, par l'affection qu'ils lui vouent, les rassembler autour de lui ; mais aussi une personnalité puissante et colorée que toute leur vie ceux qui ont travaillé à vos côtés retrouveront souvent dans une image fidèle que le temps n'estompe pas et éclairée d'une lumière toujours vive.

Il est difficile à ceux qui ont fréquenté votre Service à cette époque d'oublier Pierre PIETRA. Il apparut pour beaucoup un personnage hautain, sarcastique et cynique et cependant il fut pour moi un camarade et un aîné loyal. Nos caractères étaient très différents, mais maintes et maintes fois, lui que je me représentais assez exclusif et jaloux de sa supériorité, m'aida patiemment à opérer, me conseilla et opérateur très habile, me forma à la chirurgie. Il m'apparut bien différent de ce qu'il paraissait être : en fait, il était un être sensible et profond, mais en même temps lucide et amer, ne se résignant pas à la petitesse et à l'hypocrisie du monde. Déçu par elles, au lieu de les accepter et de trouver une compensation et un refuge chez l'homme simple qu'il estimait ou en s'évadant loin de l'homme, il se rebellait et voulut accéder aux grandeurs et aux joies de ce monde pour mieux les piétiner et les tourner en dérision.

Il laisse à ceux qui l'ont connu l'image d'un être à part, par sa personnalité et ses dons, loyal et fidèle envers ses amis et les humbles, mais à qui ce monde, dont il se plaisait à découvrir et dénuder les petites, donnait la nausée.

J'ai eu la joie grande et inespérée, M. Chalnot, de vous retrouver à la Clinique Chirurgicale A en 1947. Ce rendez-vous vous ramenait à ce Service qui vous était cher, que vous aviez dirigé comme jeune agrégé. De mon côté, cet événement répondait à un vœu permanent,

à une attirance instinctive de l'élève vers celui qui peut l'enrichir et qui, bien souvent auparavant, dans mes heures libres, m'amenait à votre service du Centre anticancéreux.

Vous étiez, déjà ce que vous êtes, immuablement, en gestation d'idées et de projets ; le premier informé des progrès chirurgicaux, le premier à les réaliser, manifestant un flair et une lucidité étonnant à saisir, à assimiler les acquisitions chirurgicales valables et à les démêler du douteux, du relatif, de l'éphémère. En avance de bien des années, dès avant cette période de 1946 qui inaugure une grande étape dans la chirurgie, étape de progrès accélérés et d'une conception neuve fondée sur le respect de l'équilibre physiologique et biologique de l'opéré, sur le travail en équipe et la recherche objective, déjà vous pratiquiez l'anesthésie en circuit fermé ; vous aviez compris l'importance de la transfusion et de la restauration de la masse sanguine, vous vous exerciez en laboratoire aux techniques de la chirurgie intra-thoracique. Déjà vous explosiez devant la négligence et l'incapacité, mettant la même flamme, la même irréductibilité à secouer l'indolence de ceux que vous appeliez vos notaires, à défendre votre point de vue coûte que coûte, à prendre fait et cause pour l'intérêt du malade, vous opposant à ce qu'il encourt tout risque évitable, exigeant pour lui que tout ce qui est possible soit mis en jeu. C'est cette intransigeance, cette vigueur d'expression d'un caractère entier qui peuvent paraître désagréables à ceux qui vous connaissent mal. Je ne vous ai jamais vu baisser les bras, ni devant les insuffisances et handicaps matériels, ni devant les déboires de cette chirurgie thoracique balbutiante, longue, éprouvante, ingrate, ni devant quoi que ce soit, ni devant qui que ce soit. Personnifiant admirablement la devise de notre Province : « *Comtois, rends-toi ! Nenni, ma foi !* »

Vous partiez à l'attaque du cancer de l'œsophage, des tumeurs bronchiques avec les moyens précaires dont nous disposions : pas encore de centre de transfusion, un appareil d'anesthésie des surplus américains.

L'opération nous tenait volontiers huit heures, nous étions tous harassés ! L'opéré mourait les heures ou les jours suivants, votre découragement durait peu, et le lendemain matin, après la critique de

l'opération de la veille, il était question d'un nouveau plan d'attaque qui vous menait au succès.

J'ai eu malheureusement le loisir de déplorer que la séparation de mon Service et du vôtre me prive en outre des possibilités techniques indispensables et je souhaite ardemment que soit reconstituée autour de vous cette communauté chirurgicale que vous aviez édiflée par vos élèves. Ce souhait de travail en commun n'est pas qu'un vœu sentimental édiflé par l'affection ; le travail en équipe est une nécessité absolue et vous l'avez depuis longtemps compris. Le chirurgien omniscient qui se suffit à lui-même appartient au passé ; le spécialiste jaloux de conserver pour lui seul ses connaissances et son expérience, nuit à lui-même, se momifie et manque à son devoir de former des élèves. Dans la chirurgie d'aujourd'hui, quel que soit notre rang, nous ne sommes que des rouages d'une mécanique de plus en plus compliquée, délicate et précise, nous sommes, devenus interdépendants, nous avons besoin de la présence à nos côtés d'autres équipiers et recevons d'eux sans cesse. Mais aussi bien notre raison d'être est de donner, de faire part de notre expérience, de concrétiser et de diffuser ce que nous détenons.

En contrepartie, vous demandez à vos élèves la même conception de leur mission, qu'ils distribuent cette connaissance qu'ils ont édiflée par leur propre travail, mais aussi par leurs aînés et par la collaboration de tous ceux qui les entourent au sein de l'équipe.

Vous m'avez hissé dans les échelons successifs qui m'ont mené à cette journée ; jamais je n'ai rien demandé de vous, car, conscient de mes insuffisances, je redoutais les responsabilités. Souvent empressé à discuter vos opinions, je n'ai jamais été capable d'articuler un mot de gratitude que votre délicatesse n'a jamais sollicité. Je pense et j'espère que des antennes invisibles ont su vous exprimer ce qui m'attache à vous.

M. le Doyen SIMONIN, vous m'avez confié, il y à treize ans déjà, la charge du Service chirurgical de l'Hôpital Villemin qui a décidé de mon orientation. Pendant longtemps, M. Simonin, je vous ai considéré avec un respect mêlé de crainte, né d'un certain examen de quatrième année où j'étais resté sec à votre question concernant la réaction de Widal. Quoique interne en médecine alors, j'avais

commis ce jour cet oubli impardonnable, l'émotion aidant, que ce nom propre était lié à la réaction de séro-agglutination de la fièvre typhoïde. Vous attendiez impassible une réponse qui ne venait pas. Après un long et lourd silence, vous m'avez promis un avenir médiocre. Pendant bien longtemps, j'ai vu et opposé en vous deux personnages : l'homme fier, désabusé, supérieurement intelligent et cultivé, orateur de grande classe au verbe condensé et précis, qui excelle à définir, à dominer et résoudre les problèmes quotidiens qui nous arrêtent, mais ayant abandonné bien des illusions, notamment sur la sagesse, les vertus et le bon sens de nos semblables. De plus, vous appréciez et estimez modérément l'art chirurgical et ses servants. Et puis souvent, ce personnage intimidant savait être sensible, affectueux, gai, tel que je vous ai découvert maintes fois en allant vous exposer une difficulté que vous m'aidiez efficacement à résoudre. *C'est cette image que je garderai dorénavant de vous*, sans pouvoir oublier que j'ai grandi sous votre autorité et que le Doyen Simonin a contribué activement à cette consécration d'aujourd'hui.

J'ai trouvé dans votre Service de Villemin et dans les Services voisins de Villemin Femmes, de Maringer et des Contagieux, parmi les chefs de service, assistants, chefs de clinique et internes et tous nos collaborateurs, une grande famille d'amis loyaux et fidèles où le travail s'est déroulé dans une atmosphère de compréhension, d'entraide et de bonne humeur, infiniment sympathique. Avec vous-même, après la disparition de nos maîtres regrettés Jean GIRARD et Paulin DE LAVERGNE, s'est conservé dans ce groupement hospitalier parmi la nouvelle promotion de jeunes anciens : M. GERBAUT, P. BRIQUEL, J.-P. GRILLIAT, P. LAMY, G. DE REN, P. SADOUL, la tradition de travail hospitalier consciencieux et solide dans l'entraide et l'amitié. Cette ambiance, si simple et si chaude, s'est continuée parmi leurs élèves, parmi nos plus modestes collaborateurs, et ceux qui sont passés par Villemin, dont plusieurs déjà ont accédé à de plus hautes responsabilités, sont restés nos amis et gardent de leur passage des attaches.

Messieurs les Etudiants,

Dans cette époque inquiète, où l'avenir pour chacun est lourd d'inconnu, pour vous particulièrement qui pénétrez dans une Médecine en passe de se transformer totalement et qui rejette ses formes anciennes, cette cérémonie peut paraître anachronique. Sa solennité traduit simplement la gratitude que le nouvel élu manifeste à ses maîtres et l'attention et le respect que nous vous devons.

Au delà de son caractère de solennité, elle est pour lui l'occasion, en ce moment où il garde encore son expérience d'élève, *de s'arrêter un moment*, en tentant de réfléchir et de voir clair dans les problèmes préoccupants et actuels, de la transformation de la Médecine et de son enseignement, problèmes qui sont surtout les vôtres et qui sont le sujet de cette leçon.

La Médecine est entraînée, depuis cet après-guerre, dans un mouvement d'évolution et de progrès dont l'ampleur et la rapidité sont saisissantes.

Ces progrès sont dus surtout à la pénétration de la Médecine par les sciences exactes : science de la matière, physique, chimie, et les sciences de la vie au premier plan desquelles la physiologie, et aussi par *des méthodes cliniques attentives et objectives*, mettant en jeu une documentation copieuse constituée avec minutie, d'observations de malades suivis longtemps, et étayée de tous les moyens d'investigations paracliniques dont nous disposons, biologiques, radiologiques, endoscopiques, anatomopathologiques et scientifiques.

Cette évolution remet en question entièrement l'édifice médical, à la fois :

- dans la conception moins empirique et plus rationnelle que nous nous faisons des maladies,
- dans la recherche par laquelle nous participons à ce mouvement en avant,
- dans son exercice et sa pratique auprès du malade, soit en privé, soit à l'hôpital,
- dans son enseignement enfin et la formation qu'il faut destiner au médecin et à l'étudiant.

En effet, les diverses méthodes d'investigations objectives appliquées à la connaissance des maladies ont non seulement accru le champ de ces connaissances, mais lui ont apporté *la clarté*.

A cette époque de 1943, au début de mes études nancéiennes, le déroulement simple et rationnel des faits apparaissait souvent mal dans la maladie, ses symptômes et tous ses aspects, dominés par l'empirisme. Les théories pathogéniques aussi ingénieuses et séduisantes qu'imaginaires, remplaçaient les données d'une expérimentation soumise aux faits. Même dans les affections à déterminisme mécanique simple, telles l'occlusion intestinale, les agressions traumatiques, l'angine de poitrine, nous nous plaisions à faire intervenir des influences sympathiques ingénieuses et superflues. Dorénavant la connaissance de beaucoup de maladies est éclairée par des lois scientifiques précises. Ainsi, l'apparition d'un œdème aigu pulmonaire, les symptômes et l'évolution d'une embolie pulmonaire, d'une cardiopathie congénitale, sont régis par des règles édifiées sur la physique, l'hémodynamique, la physiologie. Parallèlement, l'étude et l'enseignement de cet acquis ont gagné en simplicité et en clarté car une série de notions s'enregistrent facilement si elles ont entre elles un lien logique. Enfin, des lois biologiques générales régissent en commun et donc facilitent la compréhension d'affections qui, autrefois, dans leur connaissance empirique paraissaient totalement distinctes.

Ainsi sont maintenant liés entre eux les différents états de choc des traumatisés, des brûlés, des occlus intestinaux, des opérés chirurgicaux par la mise en évidence des lois biologiques touchant l'équilibre quantitatif et qualitatif des compartiments liquidiens de l'organisme et perturbés d'une manière similaire dans ces différents états.

Cette pénétration des sciences et des investigations objectives dans la Médecine à laquelle Pasteur avait donné un vigoureux et fécond départ, et qui se poursuit activement depuis quelques années, sous l'impulsion des Anglo-Saxons, tient à son actif tous les grands progrès qui se sont manifestés, ou tout au moins elle en a aidé et permis l'avènement et, dans l'avenir comme

par le passé, c'est essentiellement par elle qu'il faut entrevoir l'essentiel des progrès futurs.

Si nous, universitaires français, voulons contribuer à ce mouvement en avant, nous avons à réviser nos méthodes de travail et de recherches.

Il est souhaitable tout d'abord que le scientifique, le fondamentaliste qui veut faire œuvre de recherche médicale, soit fréquemment dans l'ambiance hospitalière puisque cette recherche part de problèmes suscités par l'homme malade pour aboutir à l'homme malade.

Souvenons-nous du grand exemple de Pasteur. Nous devons l'extraordinaire héritage qu'il a laissé à la Médecine en y faisant pénétrer les sciences exactes, à ce que lui, qui n'était pas médecin mais chimiste, est venu s'informer des problèmes de la maladie et les étudier au contact du malade. Et c'est bien là que le savant trouvera son plus beau champ de travail, le plus fructueux, celui qui lui vaudra la plus sincère reconnaissance de l'homme.

Ne montre-t-il pas aussi que la Médecine gagnera à attirer à elle les scientifiques de tous bords dont la compétence peut venir féconder la recherche médicale ? La médecine actuelle n'a plus de barrière, elle tend à devenir un art parmi une vaste synthèse de contributions scientifiques, allant de la psychologie à la chimie, mobilisant les possibilités des techniques industrielles pour ses appareillages. Inversement, diverses activités humaines, telle l'aviation, l'aéronautique attendent de la médecine une contribution.

Par ailleurs la collaboration et la présence à *ses côtés* du chercheur et de l'homme de laboratoire sont nécessaires au médecin et au chirurgien.

Le chirurgien est un artisan manuel qui s'apparente de très près au *plombier*, dans les nombreuses circonstances où il désobstrue, anastomose, suture, draine, évacue, obstrue une fuite. Les chirurgiens digestifs, urinaires, cardio-vasculaires se reconnaissent avec ce respectable et précieux collègue un indiscutable lien de parenté. Le chirurgien éprouve vis-à-vis de lui une infériorité certaine, car il enlève et ampute souvent, il édifie très rarement. Son champ d'activité se limite à la mécanique très simple, et les quelques

expériences où il a prétendu s'élever au niveau de l'électricien en voulant réparer et démêler des circuits nerveux, sympathiques, cérébro-médullaires perturbés, n'ont pas été très encourageants.

La particularité du chirurgien réside dans le fait qu'il a pour matériel de travail l'homme vivant dont les modes de réaction à la maladie et à l'opération qui bouleversent son équilibre physiologique, sont mystérieux, compliqués et déroutants. Il lui faut faire l'effort pénible de les identifier, de les étudier, de les comprendre et de les corriger.

Chacune des graves insuffisances de la chirurgie d'hier signifiait une orientation de la culture et de l'apprentissage chirurgical dirigés trop exclusivement vers la technique et la connaissance anatomique, aux dépens de la compréhension des phénomènes physiologiques et biologiques qui se développent sur le vivant. De même, la plupart des grands progrès tout récents réalisés dans le domaine chirurgical ont largement bénéficié de la contribution des sciences physiologiques et biologiques en particulier.

Les appareils d'anesthésie, les appareils de respiration automatique, le cœur-poumon artificiel, la mise en application de l'hypothermie, les découvertes pharmacologiques ne sont-elles pas des réalisations conçues, éprouvées et perfectionnées selon des données scientifiques et physiologiques ?

Actuellement, l'absence à nos côtés de biologistes et fondamentalistes capables d'affronter et de résoudre les problèmes sur lesquels nous butons, capables, d'une manière générale, de diriger des enquêtes précises et systématiques en présence de toutes complications, de tout insuccès, de tout décès, de tout phénomène inexpliqué, est un grand handicap pour un service de chirurgie. Combien de fois laissons-nous irrésolu le problème du mécanisme d'un choc perfusionnel, d'une infection post-opératoire, de complications et d'incidents divers, de morts, faute d'enquête bactériologique, biologique, physiologique, d'autopsie systématique, d'examen anatomo-pathologiques détaillés des pièces opératoires, de recherches expérimentales ?

Et pourtant ces problèmes, eu égard à l'importance de leur enjeu, méritent d'être prioritaires. Seuls les biologistes et physiologistes avertis et rompus à l'expérimentation peuvent dans ce domaine jouer un rôle utile. Il ne peut être rempli ni par les

chirurgiens seuls qui n'ont ni le temps ni la formation scientifique, ni par les anesthésistes réanimateurs, pour les mêmes raisons.

La coexistence hospitalière des scientifiques et cliniciens et l'approche en commun des problèmes hospitaliers, les confrontations communes et régulières, fréquentes sur ces sujets, au lit du malade et au cours d'études en groupe, sont nécessaires, afin de maintenir les préoccupations des hospitaliers constamment tournées vers ces problèmes, afin de conserver en éveil leur curiosité scientifique, afin de compléter sans cesse leurs connaissances dans ce domaine, afin d'étendre les possibilités de diagnostic et de traitement dans l'intérêt des malades et afin d'apporter à l'enseignement de la clinique et des spécialités cliniques les bases scientifiques qui leur sont actuellement indispensables et l'enrichissent.

Le service de physiopathologie respiratoire est une réalisation d'avant-garde dans ce domaine, obtenant la présence et la coopération constante des chercheurs, des cliniciens et des enseignants dans le service hospitalier.

Cette coexistence est bien le but poursuivi par le législateur un instituant l'intégration hospitalo-universitaire. Mais cet aspect de la loi, comme bien d'autres, est soumis, dans sa réalisation pratique, à des conditions matérielles essentielles, ne serait-ce que l'augmentation du nombre des physiologistes et fundamentalistes et la création, à leur intention, de locaux et laboratoires dans l'enceinte hospitalière ; car le travail harmonieux en équipe exige impérativement *l'unité des lieux*. Or, jusqu'alors, rien n'a été élaboré que la loi : l'instrument indispensable pour sa réalisation n'existe pas. Il faut compter aussi avec l'état d'esprit particulariste qui souvent, dans notre pays, compartimente et sépare les enseignements et les compétences et s'oppose à l'impératif du travail en groupe.

Ce serait cependant une erreur d'affirmer qu'il faut s'attacher uniquement à la recherche scientifique et clinique objective et négliger la personnalité humaine du malade. Son mode de réaction psychologique échappe à toute loi scientifique, mais son intervention dans la naissance de la maladie, son évolution et

sa guérison reste primordiale Pour s'en convaincre, il suffit de se représenter que souvent la majorité des consultations du médecin-praticien est motivée par des états pathologiques sans substratum organique, dits troubles fonctionnels, qui trouvent leur origine et leur développement dans des problèmes personnels et familiaux d'ordre affectif, dans une inadaptation de leur être mental et physique à l'existence qu'ils se créent ou qui leur est créée, ou plus simplement dans une organisation inadéquate ou incohérente de leur vie végétative, basée sur des préjugés grossiers, touchant leur manière de boire et de manger, de dormir, de diriger leurs loisirs, de trouver des nourritures culturelles, d'exercer leurs muscles et d'équilibrer harmonieusement leurs différentes activités en fonction de leurs besoins personnels. D'autres fois, ces errements ou inadaptations affectives ne créent pas, mais favorisent d'authentiques maladies organiques : obésité, troubles endocriniens, ulcères d'estomac, hypertension, désordres allergiques, lithiases, artériosclérose, que nous appelons très justement « *maladies de la civilisation* ».

Alors que nous pourrions nous attendre à voir disparaître cette pathologie psychosomatique avec le progrès social, gloire et fierté de notre temps qui tend de plus en plus à fournir à l'individu une existence préfabriquée et irresponsable, exempte de lutte et de risque, modelée par des slogans diffusés par de puissants moyens d'information, dont il garde naïvement l'illusion de conserver un pouvoir de direction, l'importance de ces troubles va, au contraire, croissante avec cette existence artificielle et il est opportun de doter cette médecine de la personne des investigations et de l'enseignement qui conviennent à son importance..

Ces évolutions nécessaires des connaissances médicales et de la recherche sont en passe de bouleverser les formes *de l'exercice* de la Médecine.

Comme le cerveau humain a des capacités toujours aussi limitées et que le champ de ses connaissances s'accroît immensément, que des disciplines récemment inexistantes ou embryonnaires comme l'anesthésie, la physiopathologie respiratoire, la chirurgie plastique et combien d'autres, se développent, la connaissance médicale se divisera encore en compartiments de plus en plus nombreux, la spécialisation

se développera dans la pratique médicale et la forme collective de travail en groupe et en vastes équipes va remplacer inéluctablement la forme individuelle et artisanale de notre pratique traditionnelle. Le chirurgien ne pourra plus, dorénavant, disperser ses activités en étant en même temps anesthésiste, physio-pathologiste, anatomo-pathologiste.

La virtuosité et la compétence parfaite supposent en toutes circonstances un quasi-automatisme de geste et de comportement, qui libère notre activité corticale et exige un exercice ancien souvent renouvelé et donc quasi-exclusif. Seuls, quelques cerveaux privilégiés peuvent dominer des champs d'action étendus et divers. Concevables dans le domaine de la pensée et des connaissances abstraites, ils ne peuvent se rencontrer dans le domaine des techniques différenciées.

Le groupement des médecins-praticiens devient également souhaitable. En associant des compétences diverses, il étend leurs possibilités de diagnostic, il permet des échanges d'idées, la discussion en commun d'observations, élargissant ainsi les horizons, allégeant la tâche quotidienne de chacun. Il permet de réaliser facilement des permanences et de supporter en commun une installation convenable, en locaux, matériel et personnel.

Mais il faut à cette nouvelle forme de travail hospitalier un cadre approprié, c'est-à-dire de grands blocs d'au moins 1000 lits, rassemblant intimement et coordonnant toutes les compétences diverses.

Cette conception, en vigueur aux Etats-Unis et parfaitement réalisée dans les grands hôpitaux de ce pays, a prouvé son efficacité. Par exemple, dans ces hôpitaux compacts, toutes les salles d'opération sont réunies en un vaste bloc opératoire commun. Médecins et chirurgiens passent facilement d'une salle à l'autre, se documentent, s'entraident. Un climat de camaraderie et d'équipe se crée et s'entretient au lunch qui coupe la journée opératoire et où les cloisons hiérarchiques se font très cordiales. Dans cette organisation, le personnel : infirmières, anesthésistes, instrumentistes, est utilisé à plein temps sans être affecté exclusivement à une équipe chirurgicale. Tous les appareils coûteux et perfectionnés : respirateurs automatiques, électroencéphalographes, amplificateurs

de brillance, etc..., les investigations spécialisées sont ainsi à la disposition de tous et utilisé dans leur meilleur rendement. Les spectateurs et étudiants passent sans perte de temps d'une intervention à une autre.

Enfin, ce bloc opératoire peut disposer d'une salle de réanimation, vaste pièce où sont réunis et surveillés en permanence avec tous les moyens utiles, jusqu'à leur réveil tous les opérés sortant de la salle d'opération et les opérés dont l'état reste sérieux. Ils n'y a donc que des avantages à cette concentration, et ils sont considérables.

On entend reprocher à ces vastes édifices hospitaliers compacts de priver les malades de l'isolement et du calme qui leur sont nécessaires et de leur créer un climat d'anonymat et de dépersonnalisation. Ce n'est qu'une apparence. Ces conditions et le confort y sont réalisés. Le malade a, comme il le souhaite, son infirmière et son médecin. Il peut y trouver toutes les occupations et distractions désirables et même les magasins et spectacles d'une petite ville.

Par contre, les faits prouvent que la disposition hospitalière en bâtiments séparés crée des obstacles aux contacts entre services et au fonctionnement hôtelier, et exige un personnel supplémentaire. Le médecin en effet n'hésite pas à passer d'un service à un autre s'il suffit de prendre un ascenseur et de faire quelques pas dans un vestibule confortable. Mais il manifesterà une certaine réticence s'il lui faut pour cela sortir et parcourir quelque distance à l'extérieur. Les appareils coûteux ne peuvent y être utilisés que par un seul service.

Le transport des malades pour un examen radiologique, un métabolisme de base, une consultation de spécialiste, devient pénible, long, presque inhumain par intempéries, mobilise du personnel et présente un aspect aussi archaïque que pittoresque. Et quel gaspillage de temps et de personnel quand il faut transporter sur chariot ou plateau d'un bâtiment à un autre, des produits de cuisine, de lingerie, de pharmacie alors que toutes ces transmissions deviennent plus simples et plus rationnelles avec ascenseurs, monte-charges et tubes pneumatiques.

Bien des transformations sont nécessaires dans notre pays pour parvenir à ce fonctionnement idéal ; quand verrons-nous édifier

les hôpitaux conformes à ces impératifs ? Nous n'en voyons réalisés que quelques rares exemplaires aussi coûteux que remarquables que l'on décrit et que l'on montre, mais le problème hospitalier, comme celui de l'habitat, de la circulation, de l'alcoolisme, de la délinquance, des sports, qui pourtant conditionnent la santé physique et morale de la Nation, ne contribuent-ils pas suffisamment à son prestige et à sa grandeur pour mériter actuellement l'effort matériel qu'il requiert ?

La presse a suffisamment décrit la misère des conditions d'hospitalisation et des conditions de travail au sein des hôpitaux pour que nous n'y revenions pas. Mais tant que nous nous heurterons à de telles insuffisances, tant que nous travaillerons dans de telles conditions matérielles, la Médecine française, prise dans son ensemble, est vouée à la médiocrité. Son potentiel d'évolution et de progrès qu'elle doit aux dons d'intelligence et de travail de ses servants, est irrémédiablement amoindri, et ceci dans tous les domaines, qu'il s'agisse de la qualité des soins, de l'enseignement, des recherches et des découvertes.

Immense est le mérite de ceux qui, dans ces conditions, contre vents et marées, luttent, protestent, obtiennent, organisent et se hissent à l'avant-garde, arrivent à promouvoir des travaux originaux et à faire rayonner au loin le renom de leur Service ou de leur Faculté. Mais il faut à ces lutteurs opiniâtres, outre leur talent de médecin, des dons d'avocat et d'organisateur et aussi un solide bras séculier qui leur ouvre les vannes des libéralités officielles.

En aucune façon s'il ne comporte pas, outre une rémunération décente des médecins hospitaliers, rémunération dont l'insuffisance ou l'inexistence a empêché beaucoup d'entre eux de consacrer l'essentiel de leur activité à l'hôpital, d'abord et avant tout l'immense effort de construction et de rénovation hospitalière ; la multiplication par six ou sept des cadres hospitalo-universitaires, compte tenu des besoins de l'enseignement, de l'intégration effective des sciences dans la clinique, aboutissant à une totale et intime communauté de travail, de résidence, de préoccupations et de recherches.

Ce sont ces transformations indispensables, dont la carence

incombe à l'Etat seul, qui sont les conditions nécessaires et suffisantes à un travail hospitalier convenable et efficace. Elles ont fait la preuve de leur valeur aux États-Unis où elles sont réalisées sous un régime libéral. La nationalisation, c'est-à-dire la mise sous tutelle du Corps médical hospitalier n'ajoutera que des inconvénients propres et bien connus, à ces réformes qui, seules s'imposaient.

En outre, comme toute médecine réglementée, le temps plein offre le risque de la déshumanisation. Un lien instinctif nous lie puissamment au malade, par le choix qu'il fait de nous spontanément, la confiance qu'il nous accorde. Un pacte affectif est alors scellé. Il fait la valeur humaine de la Médecine libérale traditionnelle.

Mais le médecin est un homme, et beaucoup d'hommes sont capables, selon les circonstances, des plus grands dévouements comme des plus grands détachements, et si le malade, conscient qu'on lui doit des soins, consulte un médecin qui a l'obligation de le soigner, l'indifférence peut remplacer la compassion et la civilité faire place à la froideur.

Ces réflexions mènent enfin au **problème de l'enseignement** qui en découle. Mais à quoi bon vouloir y revenir ? Tout n'a-t-il pas été dit sur ce sujet de la Réforme hospitalo-universitaire par les voix les plus diverses ? De toutes manières, puisque ces réformes, appuyées sur l'autorité de l'Etat mettent un point final à toutes discussions, tout commentaire n'est-il pas à la fois prétentieux et inutile ? Nous en sommes convaincus.

D'après les textes de loi, bien des améliorations importantes sont prévues, mais dans ce domaine de l'enseignement, pour tous les médecins qui exercent et qui enseignent au contact du malade, quelques vérités fondamentales demeurent immuables et une réforme quelconque ne vaudra que si elles sont respectées.

Il appartient *d'abord* aux médecins et aux enseignants que l'activité quotidienne situe au centre du problème, et en premier lieu aux hospitaliers, de les énoncer et de les faire entendre. Mais peut-être sommes-nous intéressés trop directement par toutes les incidences du problème pour le dominer, trop près des arbres pour voir la forêt, trop pris par le présent pour voir avenir et trop ancrés dans la routine

pour nous reformer dans un autre moule.

Je me permettrai cependant de donner l'avis du médecin praticien et du médecin hospitalier.

En premier lieu, il faut mettre au plus tôt l'étudiant au contact du malade. A son contact direct, à son chevet, *qu'il y engage sa responsabilité* et qu'il garde ce contact jusqu'au terme du séjour ou de la maladie. Parce que toute activité médicale est et restera d'abord et avant tout un contact humain. Une sympathie s'établit et une compréhension. C'est elle que le malade attend avant tout, c'est à quoi il attache le plus de prix, c'est toujours sa première thérapeutique, c'est souvent l'essentiel thérapeutique. C'est elle qui restera toujours vivace dans le souvenir du malade et beaucoup plus que d'autres qualités, édifiera le renom et le succès du médecin.

Ainsi, ce contact direct apportera à l'étudiant conscience des responsabilités qu'il va supporter et verra dans ce qui lui est enseigné dorénavant, toute autre chose qu'un ornement de l'esprit ou une matière de bachotage qu'il lui faudra réciter à un examen de fin d'année. Surtout ce contact fournit au médecin doué d'observation, d'intuition, d'expérience, une foule de renseignements indispensables concernant les antécédents pathologiques et le mode de vie du malade, des données essentielles sur son être physique et mental. Mieux vaut édifier le jugement et l'esprit de finesse avec le savoir, l'éducation avant l'instruction. Mieux vaut d'abord apprendre à connaître les hommes dans leur diversité et l'homme malade dans son unité de corps et d'esprit.

Enfin, l'enseignement d'une maladie au lit du malade est, bien évidemment, la meilleure manière de l'apprendre. L'acquisition d'une quelconque connaissance est beaucoup plus rapide et solide si, outre la mémoire, elle fait intervenir la raison, mais combien plus encore si elle se fixe sur un souvenir visuel, auditif, tactile, combien plus encore si elle a suscité l'intérêt, la curiosité, l'émulation, un sentiment fort.

Mais cet enseignement extrêmement efficace et enrichissant, est cher. Il exige des moniteurs expérimentés. Il ne peut être délivré qu'à de petits groupes de dix élèves au plus. Cet examen du

malade par quelques-uns, l'audition des présentations, les commentaires, demandent plusieurs heures. A l'époque présente où les assistants sont accaparés par différentes tâches : soins de malades, préparation de concours, recherches et travaux personnels, ils ne peuvent consacrer beaucoup de temps à cet enseignement qui ne s'adresse alors qu'à quelques privilégiés préparant le concours de l'internat tant que celui-ci comporte des présentations de malades. C'est bien peu pour l'ensemble d'une faculté qui comporte 7 ou 8 assistants et chefs de clinique chirurgicale pour 1000 étudiants et dont chacun devrait chaque jour participer et bénéficier directement d'un de ces examens.

Dans le but d'accroître la diffusion de cet enseignement, nous pouvons faire appel à d'autres méthodes, comportant par exemple des examens de malades observés par des étudiants depuis un amphithéâtre, aidés éventuellement du cinéma ou de la télévision. Les élèves pourront y assister très nombreux, mais il manquera à ces méthodes précieuses la participation directe, corrigée et notée de l'élève, les données et la pratique de l'examen physique et s'il s'agit de films, cette tonalité de vie, de réalité, de contact humain qui fait la supériorité de l'examen direct et fortifie l'intérêt et l'attention des élèves.

Ainsi, une nouvelle fois, apparaît évidente, face aux exigences matérielles de l'enseignement, l'insuffisance numérique des enseignants. Quelle autre explication faut-il donner à l'insuffisance dans le domaine de la clinique, de la majorité des étudiants, qui, au terme de leurs études, n'ont pu exercer une fonction hospitalière et devront se forger leur expérience eux-mêmes, au contact de leurs premiers malades ? Quelle autre explication faut-il donner encore à ce qui a été appelé « *le mur de verre* », qui sépare les étudiants et les professeurs, cloison qui n'est traversée souvent que par peu de contacts personnels qui leur pèse et qui nous pèse, faute de pouvoir exercer vis-à-vis notre rôle de moniteur et de conseiller.

C'est essentiellement un problème d'organisation rationnelle et de financement : de nombreux enseignants de clinique rémunérés, avec un horaire et un programme précis et cordonnés. La réforme légale des études médicales et le plein temps hospitalier ne solutionneront ce problème que dans la mesure où ils réaliseront

ces conditions qui le sont fort bien en d'autres pays sans le plein temps, ni aucune contrainte légale.

Ainsi, l'examen contrôlé et corrigé des malades au lieu d'être un accessoire, doit être l'essentiel de l'enseignement. Apprend-on à examiner et à traiter des malades autrement qu'en examinant et en soignant, qu'en nous mettant dans les conditions mêmes du travail que nous accomplirons toute notre vie ?

Nous sommes convaincus que les sciences fondamentales biologiques ne feront valoir leur importance, qui est considérable et qui croîtra sans cesse, que leur enseignement n'est fructueux pour *celui qui exercera* que s'il est centré et conjugué à la clinique débarrassé de toute notion non applicable à la pratique, et que tout enseignement médical extra-clinique, enseigné indépendamment et sans liaison avec elle, perd une grande partie de sa résonance et de sa valeur. Au contraire, prolongé dans l'enceinte hospitalière avec la clinique, la développant, la commentant, lui apportant l'élément scientifique indispensable et continué lors de la spécialisation et pendant tout l'exercice de la profession, il la complète admirablement et l'enrichit. En même temps, les sciences fondamentales ainsi enseignées se concrétisent et, situées à leur vraie place, font apparaître leur intérêt réel.

Et si cet enseignement de base au lit du malade est réalisé, quelle est la raison d'être de l'enseignement théorique de la pathologie chirurgicale? Que peut apporter à l'étudiant de son estrade le professeur de pathologie, qui ne puisse lui être enseigné au lit du malade ? N'est-il pas le vestige du goût français pour le verbe et l'effet oratoire et qui n'a que faire actuellement où l'enseignement recherche l'efficacité ? Les meilleures et les plus vivantes descriptions théoriques d'un faciès, d'une douleur, d'un météorisme, ont-elles la qualité pédagogique de l'observation directe?

Et si cet enseignement théorique a quelque intérêt, pourquoi ne pas le confier à nos excellents traités de pathologie ou à des enregistrements accompagnés d'illustrations par films ou télévision, de conférences faites par quelques grands enseignants nationaux ou étrangers?

En fait, la raison d'être de l'enseignement théorique de la pathologie

doit être toute autre, non de substitution à la clinique, mais de complément. Il doit être l'introduction et la conclusion de la connaissance médicale, l'initiation préalable qui permettra à l'étudiant de mieux comprendre et de mieux tirer parti de l'examen du malade, et puis, l'expérience hospitalière acquise, après l'accumulation de matériaux d'observations objectives, le cours de pathologie doit faire preuve d'ordre, de raison, de synthèse. Alors que la clinique s'attache surtout à l'analyse, à recueillir des faits pour remonter de là, par des recettes souvent empiriques, au diagnostic, l'enseignement théorique se plaçant sur un plan plus élevé et général, et suivant une progression inverse de la déduction, cherche à faire comprendre la maladie en partant des causes premières, à reconstituer à partir d'elles l'enchaînement des phénomènes physiologiques, biologiques, anatomopathologiques qui, de là, aboutissent aux symptômes, en mettant en évidence aussi nettement que possible les liens logiques qui unissent les étapes de la maladie.

Ce faisant, il doit situer les symptômes à leur juste valeur selon qu'ils apparaissent ou non nets, constants et significatifs de la maladie en question.

Si le cours théorique doit fournir une vue d'ensemble, introduire la raison et la logique, il doit apporter aussi la simplicité et la clarté qui restent les caractères distinctifs de toute œuvre authentique et qui nous étonnent, nous captivent, et saisissent toute notre attention quand un grand enseignant nous expose une question qu'il a étudiée.

Cette simplicité qu'il introduit dans l'exposé suppose une grande expérience, une observation minutieuse de cas nombreux et un long effort de réflexion qui lui permet de dégager les idées directrices qui soutiennent tout l'édifice et qui ouvrent l'accès à la compréhension. La simplicité n'appartient-elle pas dans tous les domaines la marque de ce qui est vrai ? Simples et lumineuses sont les solutions données par Pasteur et Laennec aux grands problèmes qu'ils ont abordés. Simple et aisée apparaît l'opération difficile exécutée par le grand chirurgien. Simple et dépouillée apparaît souvent la grande œuvre d'art.

L'enseignement théorique a enfin la tâche délicate d'apprendre à apprécier, à discerner parmi les théories, les notions, les symptômes, ce qui est solide et valable de ce qui est incertain, provisoire, relatif ; à mesurer dans nos connaissances la part encore énorme de l'inconnu. Songeons aux erreurs et aux lacunes que contenaient il y a quelques années beaucoup de nos conceptions classiques. Elles entachent encore beaucoup de nos croyances et de nos méthodes présentes auxquelles cependant nous faisons confiance et qui paraîtront demain préjugés et errements...

Songeons avec quelle facilité des thérapeutiques auxquelles nous avons cru, que nous avons pratiquées et enseignées il y a peu d'années, ont été abandonnées devant les faits.

Songeons aux complications redoutables qui menacent aujourd'hui nos opérés, qu'il nous est difficile ou impossible de prévenir, desquelles nous ignorons le mécanisme ou croyons tenir une explication qui est peut-être fausse : telles les thromboses veineuses, les contaminations staphylococciques acquises en milieu hospitalier, les hémorragies post-opératoires intrathoraciques profuses.

Songeons à la prolifération des publications médicales écrites dans lesquelles il est bien difficile de démêler l'affirmation solide de celle hâtive et mal documentée.

Notre devoir est de ne donner notre confiance qu'aux acquisitions fondées sur la rigueur expérimentale, sur des documents authentiques et irréfutables et qu'aux observations cliniques nombreuses, suivies longtemps et minutieusement.

Nous devons enseigner qu'il est aussi important en médecine de savoir douter à bon escient que de savoir apprendre à bon escient.

La conclusion de cette leçon paraît simple : la médecine, la foi dans son exercice hospitalier, dans son enseignement, dans sa recherche, doit rassembler, associer et centrer toutes les compétences et contributions autour de l'homme malade.

Si cette vue d'ensemble d'une existence d'une profession qui m'offre tant de motifs de joie et de gratitude, laisse parfois aussi une note d'amertume, et si plus tard, dans la tâche qui m'est confiée, cette

amertume stérilisante m'envahit, je me souviendrai que lorsque l'homme cesse d'évoluer, de lutter, de croire et d'espérer, son esprit cesse de vivre et il me suffira, pour retrouver l'élan, de regarder ceux qui m'ont entouré et ont dirigé ma vie.

Texte publié dans la « Revue médicale de Nancy » (1962 – p. 517-540)

Paul Sadoul



Leçon inaugurale : 1962

La tradition de la leçon inaugurale était, dans notre Faculté, depuis douze ans en sommeil et le privilège de la faire revivre m'échoit aujourd'hui, vous venez M. le Doyen de le rappeler. Respectueux des traditions, vous avez, il y a quelques mois, clos le premier Conseil que vous dirigiez en souhaitant que la coutume soit rétablie. Votre sens du devoir vous a conduit à prendre, il y a peu de temps, une charge particulièrement lourde, en cette période où l'enseignement médical universitaire est bouleversé, vous nous donnez ainsi une belle leçon de courage.

Votre sympathie pour ceux qui, comme vous, ont l'amour de notre province vous avait conduit à m'accueillir en première année avec une très aimable indulgence. Elle était nécessaire, vous vous en êtes bien vite aperçu, car l'anatomie descriptive me semblait fort ingrate ; heureusement les longues séances de dissection pendant lesquelles vous vous attardiez volontiers à notre table venaient nous apporter le plaisir de discussion sur d'innombrables sujets. En vain, nous faisons le pari de vous coller sur quelques thèmes sans aucun rapport avec la médecine, votre érudition avait raison de nos plus récentes lectures.

Monsieur le Recteur Imbs,

Une réunion ministérielle imprévue nous prive de votre présence. Au mois de septembre, en acceptant mon invitation aux entretiens de physio-pathologie respiratoire, vous vous étonniez de voir consacrer une Chaire à un domaine aussi spécialisé et vous m'indiquiez ainsi le thème de cette leçon. Quelques semaines plus tard, à la rentrée solennelle des Facultés, vous saviez nous montrer qu'un bilan précis n'excluait pas l'élégance du verbe et vous rendiez ainsi redoutable la charge de ceux qui, en de plus modestes fonctions, devaient, après vous, renouer une tradition oubliée.

Monsieur le Doyen PARISOT,

Vous avez été à l'origine de la physio-pathologie respiratoire puisque dès 1920, avec vos amis les Doyens Hermann et Simonin, vous recherchiez les conséquences du collapsus pulmonaire sur la ventilation. Quelques 30 ans plus tard, vous encouragez nos efforts dans le même domaine. Cet appui reflétait peut être votre fidélité à un thème de recherche, mais surtout il correspondait à votre habitude d'encourager les initiatives créatrices. Alors que tant d'hommes ne pensent qu'aux jeux destructifs et aux intérêts personnels, inlassablement vous précisez les directions à prendre. Vous savez que l'effort des hommes est vite brisé par l'obstacle, vous l'encouragez toujours et lorsqu'il vous semble persévérant, vous l'appuyez efficacement. C'est ainsi qu'il y a quarante ans, vous aidiez mon père à développer les Dispensaires d'Hygiène Sociale des Vosges et je ne puis oublier la dernière visite que vous lui avez rendue, non plus comme conseiller mais comme médecin.

Après avoir obtenu pour moi une bourse d'étude aux États-Unis, vous nous fournissiez, à la Faculté, locaux et moyens de recherches. Sans votre appui constant, j'aurais certainement mené avec moins d'enthousiasme mon travail. Laissez-moi vous redire ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Doyen SIMONIN,

C'est le 15 mai 1948, en sortant d'une séance du Xème Congrès de la

Tuberculose, que vous avez décidé de mon avenir. Vous exposiez au Professeur GIRARD et à moi la nécessité de créer un laboratoire d'Exploration Fonctionnelle Pulmonaire. Un voyage en Suède fait un an plus tôt m'avait montré les difficultés d'une telle entreprise, il fallut toute l'affectueuse insistance de mon Maître Girard pour me rallier à votre projet. Avec votre clairvoyance, vous aviez pressenti, dès cette époque, quelle importance avaient acquis ces problèmes ; vous alliez pendant de longues années nous encourager et nous aider dans nos efforts. Avec une charmante ironie, vous moquiez nos besoins d'argent et mes multiples voyages d'étude, mais vous les régliez avec indulgence. Souvent vous tempériez nos imprudentes ardeurs évitant ainsi publications ou démarches hâtives, mais surtout vous saviez, en corrigeant un plan de travail, une thèse ou un projet de rapport, dégager les idées neuves, les concepts essentiels ; la sûreté et la clarté de votre jugement rendaient simple et facile ce qui, sans vous, serait resté inextricable.

Avec quelle gentillesse vous avez accueilli les collaborateurs que les besoins du Laboratoire nous faisaient recruter loin de Nancy, DRUTEL, GAREBAGNI, FROEB, LACOSTE et d'autres peuvent en témoigner.

Monsieur le Professeur Cournand,

La physiopathologie respiratoire n'aurait pas le même aspect, ni surtout le même développement si, depuis 25 ans, vous ne lui aviez consacré tous vos efforts. Votre préoccupation constante de disposer de moyens d'investigation plus précis et de procédés d'analyse plus fins, Votre recherche incessante enthousiaste et passionnée ont conduit à la mise au point de conceptions nouvelles que venait couronner il y a quelques années le prix Nobel. Certains déclarent qu'aux États-Unis, il est aisé pour les chercheurs de mener à bien des travaux difficiles car ils disposent de facilités considérables. Mais nous savons que votre réussite fut un long combat, mené dans des conditions matérielles souvent difficiles. Il y a dix ans, vous m'avez accueilli dans votre laboratoire de l'Hôpital Bellevue avec une charmante cordialité. Aujourd'hui vous avez bien voulu bousculer vos plans de voyage pour assister à cette leçon ; revenant ainsi pour la troisième fois à Nancy en

moins de trois ans, j'en suis profondément touché et ne sais comment vous en exprimer ma gratitude.

Monsieur le Professeur Dautrebande,

Vous aimez rappeler que le Congrès de Médecine de Nancy en 1925 fut pour vous l'occasion d'exposer un de vos premiers rapports. C'est peut être ce souvenir qui vous fit remarquer nos premiers travaux et qui ensuite vous conduisit à reprendre le chemin de Nancy. En 1956, les Entretiens cherchaient encore leur climat, ils le trouvèrent rapidement sous votre impulsion. Qualité des mesures, précision des termes, discussion courtoise, mais très vigoureuse, des opinions émises furent bientôt admises comme les conditions indispensables de l'enrichissement scientifique que cherchaient à apporter ces réunions.

Vous savez quelle tristesse est la nôtre de vous voir revenir seul.

Messieurs les Membres du Comité Consultatif,

Il y a un an, une convocation vous avisait que moins d'une semaine plus tard, vous auriez à désigner le titulaire d'une nouvelle Chaire de pathologie Respiratoire. Ce court délai fut pour moi consacré à rédiger un exposé de Titres que seul le dévouement de toute l'équipe du laboratoire permit d'envoyer à temps. Quoique je fusse incapable de faire une seule des traditionnelles visites, votre vote fut extrêmement favorable. Je vous en remercie vivement et laissez moi remercier tout particulièrement le Professeur Gernez-Rieux, qui nous a fait l'honneur d'être ici ce soir.

Les interventions du Doyen Hermann et du Professeur Etienne Bernard eurent une influence déterminante. Le premier fut pour moi un juge plein d'indulgence ; depuis 1954 son appui bienveillant et efficace ne m'a jamais manqué ; sans lui cette Chaire n'aurait pas été créée. Ses fonctions décanales le retiennent aujourd'hui loin de cette ville où il fut étudiant puis Agrégé, mais qu'il soit assuré que je ferai l'impossible pour être digne de la confiance qu'il m'a témoignée. Le Professeur Bernard a manifesté à de nombreuses reprises l'intérêt qu'il portait à nos recherches, tout récemment il me confiait un rapport à la prochaine conférence internationale de la Tuberculose. Je regrette qu'un prochain voyage l'ait empêché

d'être ici ce soir, j'aurais aimé lui redire ma reconnaissance que ses élèves venus ce soir voudront bien lui transmettre.

Messieurs les Professeurs,

Vous avez bien voulu approuver sans réserve la création de cette Chaire que proposait la Direction de l'Enseignement Supérieur. Ce nouveau témoignage de votre bienveillance m'a beaucoup touché et je tiens à vous redire ma gratitude. La dimension même de notre Faculté permet une collaboration étroite entre Maîtres et élèves. Dès les premières années d'étude, je l'ai compris par l'accueil si personnel et si simple que vous accordez dans vos services et vos laboratoires à chacun des étudiants. Ensuite vous avez bien voulu encourager mes essais et témoigner l'intérêt que vous y portiez. En nous adressant des malades, tous les services hospitaliers ont contribué au développement de ce Centre d'Exploration Fonctionnelle devenu aujourd'hui Chaire de Physio-Pathologie respiratoire. Nous aidant à résoudre telle ou telle question délicate, chacun des fundamentalistes nous a apporté son appui. Vous me pardonneriez donc de ne remercier nominalelement aucun de vous, car tous vous devriez être cités puisque tous vous m'avez aidé et je vous en suis très reconnaissant.

Avant de commencer son enseignement et après avoir remercié ses Maîtres, le nouveau titulaire doit, selon la tradition, exposer une fois encore son curriculum vitae. Certains semblent y prendre grand plaisir, puisque seules les dernières minutes de leur leçon inaugurale sont consacrées à exposer ce que sera leur enseignement. Quelques-uns de nos collègues parisiens retracent dans un style aussi brillant que remarquable leur enfance et leurs cheminements à travers les concours. Vous me pardonneriez d'être plus bref puisque je ne saurais être aussi élégant. Je retiendrai seulement ce qui peut faire mieux comprendre comment naquit cette Chaire, bannissant les souvenirs familiaux les plus proches car ils sont les plus difficiles à dire. Les lorrains préfèrent garder au fond de leur cœur ce que d'autres exposent volontiers, c'est en cela seulement qu'ils ne sont pas « partageux ».

Quoique le nom de Sadoul soit cévenol et que mon arrière-grand-

père soit arrivé d'Alsace en Lorraine, il n'y a guère plus de cent ans, notre famille s'y est enracinée. Enraciné ne veut pas dire enfermé, et dans mon enfance la maison familiale accueillait souvent compatriotes ou non venus pour parler lorrain. La vie fort remplie de mon père lui laissait cependant le temps de longues conversations écrites ou verbales, de promenades à pieds ou de collections innombrables. L'activité très grande n'excluait pas chez lui l'art des loisirs, que même en province, nous ne savons plus aujourd'hui cultiver.

Quelques semaines après la mort de mon père, j'avouais à ma mère que, depuis deux ans, déjà, ma décision de devenir Médecin était bien arrêtée. Cette vocation me paraissait curieusement une trahison alors qu'elle ne faisait que rétablir l'équilibre familial du choix des carrières. Mon grand-père avait été élève à l'École de Santé Militaire de Strasbourg avant 1870 et la branche alsacienne de la famille comptait beaucoup plus de médecins que de magistrats. Deux docteurs Sadoul veillèrent durant 80 ans sur la santé des habitants de Woerth/Sauer et seul le patriotisme conduisit le troisième à quitter l'Alsace pour faire sa médecine à Nancy. Nos cousins Coze avaient montré un attachement fort durable à la Médecine et à l'Université puisque depuis la Révolution jusqu'à son transfert à Nancy la Faculté de Strasbourg avait compté trois Doyens Coze.

Mes études médicales furent coupées par la guerre et c'est sous l'uniforme que j'appris dans un Hôpital de Beyrouth à mieux palper foie et rate. Revenu à Nancy, je terminais ma scolarité avant qu'un concours d'Internat ne m'ait été administrativement accessible, c'est alors que l'indulgence du Professeur GIRARD me valut d'être près d'un an son Chef de Clinique en Phtisiologie. Jean Girard était le plus généreux des patrons ; malmené par la vie, il était sorti de ses épreuves sans aucune amertume, mais au contraire toujours prêt à rendre service. Un peu désabusé, il pensait que les Morticoles de Daudet restaient plein d'actualité, mais il nous préparait aux concours avec toutes les ressources de son érudition. Trop souvent les modestes sont pris pour des faibles et peu de nancéiens comprirent que la mort de Jean Girard privait la Faculté

d'une force qu'elle ne pourrait remplacer.

L'Internat ne me fut ouvert qu'en 1946, dans ces concours d'après guerre où le nombre et l'âge des impétrants différaient peu de ceux des Internes en place. Parmi eux, Jacques SIMONIN avait été pour moi le meilleur des conférenciers. Notre solide amitié était née à la fin des années de lycées et s'était affirmée dans les entreprises hardies d'un clan routier. Ensemble nous amorcions nos premières recherches expérimentales, il savait en souriant tirer la leçon de nos échecs. Il était le conseiller perspicace qui tempérait mes impatiences. Les principales étapes de la vie nous avaient singulièrement rapprochés, je perdis en lui le meilleur des amis.

Pendant la fin de mon Internat, je consacrais une part importante de mon activité à la bronchologie qui prenait alors le développement que l'on sait. C'est dans votre service de l'Hôpital Foch, M. le Professeur Kourilsky que j'appris à passer sondes et tubes. Dès ce moment, j'admirais votre dynamisme et la largeur de vos conceptions. Vous en donniez la preuve, quelques années plus tard, en montrant dans votre leçon inaugurale ce que devait être la physiopathologie et la recherche clinique. Alors que vous preniez possession d'une Chaire de Clinique Médicale, vous saviez affirmer publiquement « *Je prends mes fonctions en un temps difficile pour la Médecine Française. A l'extérieur, elle est en perte de vitesse, en France elle est en crise...* » et vous ajoutiez : « *Comment imaginer que nous puissions laisser la clinique en l'état au moment où toutes les sciences sont en plein bouleversement.* » Votre présence m'honore vivement et je vous en remercie.

L'Internat fini, je revenais à la Phtisiologie et développais le Centre d'Exploration Fonctionnelle Pulmonaire naissant. Maurice CARA était Chef de Travaux à Nancy et ses conseils nous évitèrent de longs tâtonnements. Depuis plusieurs années, il avait abordé d'une façon originale de multiples problèmes de physiopathologie respiratoire ; avec sa générosité coutumière, il nous fit largement bénéficier de ses conceptions et de sa vaste culture scientifique.

Tout me paraissait simple et la spirométrie capable de résoudre la plupart des problèmes. Un stage de près d'un an aux États-Unis me montra que les choses étaient infiniment plus complexes que je ne le pensais. La physiologie respiratoire m'apparut, comme l'Amérique, insolite ou plutôt déroutante. L'École physiologique de Rochester, où je séjournais tout d'abord, était à son apogée. Sous la remarquable direction du Professeur Fenn, trente chercheurs y travaillaient sur la respiration dans des locaux que le Doyen Whipple avait voulu vastes mais austères. Les briques et les plafonds de béton n'étaient pas habillés de plâtre, la céramique et les planchers étaient un luxe déplacé et l'on promenait de coûteux instruments de mesures sur les squelettes rouillés de vieilles voitures d'enfant. J'y entendis le célèbre Whipple, à qui ses travaux d'hématologie avait valu le prix Nobel, proclamer qu'en donnant le goût des investigations biologiques trop systématiques la Mayo Clinic avait porté à la médecine contemporaine le plus grave des préjudices.

Au retour, l'amitié des médecins préoccupés des mêmes problèmes nous aida à préciser les techniques et les conceptions. Les longues et fréquentes discussions et la mise en commun des expériences techniques avec Maurice CARA, Denise BRILLE, Henri DENOLIN nous conduisirent les uns et les autres à éviter des erreurs et à progresser plus rapidement. Les travaux de Tiffeneau nous fournirent des tests pharmacodynamiques précieux. GALY vint ensuite nous apporter le résultat des confrontations anatomiques élargissant ainsi l'intérêt des résultats fonctionnels obtenus.

Réunions et colloques, visites et échanges de stagiaires permirent à un groupe d'abord très restreint, puis sans cesse élargi d'édifier une pensée commune. A Nancy, en 1950, puis à Paris en 1953 et à nouveau Nancy à quatre reprises nous confrontions nos recherches et nos expériences sans complications protocolaires. Comme le soulignait le Doyen Simonin en ouvrant une telle réunion : *« Il est ici des Maîtres dont chacun connaît la valeur et le renom, des élèves dont nous savons les mérites et le dévouement, des collègues qui s'intéressent à nos travaux comme nous nous intéressons aux*

leurs - en somme une réunion d'Amis chez qui domine cet esprit d'équipe qui anime et qui féconde. »

Ainsi peu à peu s'élabore une spécialité que permettent de préciser articles et publications. Jugeant qu'elle a son rôle à jouer en médecine du Travail, le Professeur Camille Simonin voulut bien le premier me confier un rapport à un Congrès et je tiens à lui dire ici combien j'ai été touché de sa confiance.

Puis estimant que dix ans après l'exposé de Tulou, il est nécessaire de discuter à nouveau les perturbations fonctionnelles dans la tuberculose pulmonaire, le Professeur Bariety nous charge d'exposer cette question au 12ème Congrès de la Tuberculose ; ses élèves qui sont aussi des Maîtres voudront bien lui redire ma gratitude.

Le hasard fait que la première leçon inaugurale d'une Chaire de Physiopathologie Respiratoire est donnée ici à Nancy ; il paraît indispensable de préciser ce qu'est cette nouvelle discipline.

Le terme même de physiopathologie est relativement nouveau et justifie quelques explications. Littré ne le mentionne pas, tandis que le classique petit Larousse le définit comme l'étude du fonctionnement de l'organisme pendant la maladie. Jusqu'à une époque récente, cette physiologie pathologique n'avait qu'une place assez mince dans les préoccupations des médecins. Legrain rappelait au récent colloque de Royaumont qu'elle n'occupait que « *les petits caractères de nos traités* ». Plus ou moins confondue avec la pathogénie, elle était, comme elle souvent plus spéculative que fondée sur des données sûres. Il y a vingt ans, les conférenciers d'Internat expliquaient très simplement aux candidats que dans presque toutes les « *questions* », ce chapitre était consacré à l'exposé de deux ou trois théories plus ou moins opposées qu'il convenait d'exposer brièvement en concluant que beaucoup d'inconnues substituaient et qu'une théorie électrique combinant celles actuellement en présence était probablement la bonne.

Certes, les observations faites chez l'animal permettaient aux expérimentateurs d'opposer à ce scepticisme de solides données ; mais les faits restaient souvent incomplètement reliés entre eux et surtout, il était pratiquement impossible d'analyser chez le malade, chez l'homme vivant, d'une façon sûre et exempte de danger, les

anomalies de fonctions complexes. Les informations restaient fragmentaires ou ne fournissaient qu'un aspect synthétique assez grossier, souvent incapable de conduire à une conclusion thérapeutique utile.

Aujourd'hui encore certains systèmes du corps humain se prêtent assez mal aux investigations. Les fonctions métaboliques du foie par exemple sont, du fait des transformations chimiques complexes qu'elles impliquent, difficiles à suivre avec précision chez le malade. Au contraire les fonctions respiratoires peuvent être analysées dans la plupart de leurs rouages grâce à des procédés d'investigation précis et inoffensifs. Aussi semble-t-il légitime que parmi les chaires de physio-pathologie récemment créées en France, trois d'entre elles soient des chaires de physio-pathologie respiratoire.

Peu de fonctions sont aussi accessibles aux investigations du médecin que la fonction respiratoire. La première, elle a bénéficié de l'auscultation et depuis 20 ans, nos moyens d'étude ont progressé à une allure telle que seules les équipes de spécialistes peuvent en suivre le développement. J'ai eu la chance d'être l'élève de L. Dautrebande, A. Cournand et W.O. Fenn qui, avec leurs collaborateurs, ont très largement contribué à cet essor ; c'est pourquoi je voudrais évoquer brièvement cette évolution. Si je ne connaissais l'amicale indulgence de ceux d'entre eux qui sont dans cet amphithéâtre, je n'oserais tenter cette rapide revue.

La physiologie respiratoire née avec Lavoisier se développe au cours du XIX^{ème} siècle grâce à quelques pionniers : Hutchinson, Grehant et Paul Bert, dont on ne sait pourquoi la carrière d'homme d'Etat fit oublier en France les découvertes scientifiques. Les travaux de Haldane, Priestley, Krogh, avant la première guerre mondiale, vont préparer les applications à la clinique et l'essor des connaissances en physiologie respiratoire auxquelles on assiste entre les deux guerres.

A partir de 1945, aux mesures des volumes gazeux pulmonaires, seules techniques utilisées chez le malade depuis le siècle précédent, s'ajoutent l'étude courante des échanges gazeux et celle de la circulation pulmonaire.

Certes Boothby pratiquait déjà aux alentours des années 1920, les analyses de gaz chez les malades et Dautrebande, dans son rapport

sur l'acidose en 1925, faisait état de mesures chez des emphysémateux ou des tuberculeux ; cependant il s'agissait de cas privilégiés et il s'est écoulé plusieurs lustres avant que ses études soient de pratique courante.

Le cathétérisme du cœur droit, codifié par Cournand rend possible les prélèvements de sang veineux mêlé et la mesure des pressions dans la petite circulation, et partant il va permettre de comprendre les mécanismes de la défaillance du cœur droit chez les malades pulmonaires chroniques.

Après la deuxième guerre mondiale, la physiologie respiratoire connaît une expansion considérable et un véritable bouleversement. Cette rapide évolution née des besoins de la médecine aéronautique est plus particulièrement l'œuvre du groupe de Rochester (New York) C. Fenn, Rahn et Otis. Le diagramme alvéolaire de ces trois auteurs va permettre toute une série d'études théoriques et expérimentales précieuses. Cournand et Riley proposent des schémas applicables malades. La mécanique ventilatoire avec Dubois et J. Mead semble d'abord être réservée aux seules études physiologiques et n'avoir qu'un intérêt pratique réduit ; mais, peu à peu, elle vient à son tour apporter des éléments importants pour expliquer la gêne respiratoires des malades.

Entre les années 1950 et 1960, le nombre des réunions spécialisées de physiologie et de physiopathologie respiratoire ne cesse de croître, Les publications consacrées au même sujet se multiplient, occupant une part importante du journal of Clinical Investigation et plus encore du journal of Applied Physiology. Si dans ce domaine les États-Unis arrivent en tête, les efforts de l'Europe et en particulier de la France sont loin d'être négligeables. Comme de l'autre côté de l'Atlantique, les physiopathologistes respiratoires se connaissent, restent en liaison étroite. Leurs réunions et leurs échanges sont favorisés sur le plan international par la Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier, qui considère que les travaux de ces chercheurs pourront bénéficier à la santé des travailleurs des six pays.

Les discussions deviennent souvent ardues, difficiles à suivre pour celui qui n'a pas acquis une réelle spécialisation. Une récente réunion tenue dans cet amphithéâtre montrait que si l'obstacle des langues est

facile à surmonter, ceux des conceptions et des techniques sont souvent plus difficiles à franchir.

Cette complexité ne surprend pas puisque le physiopathologiste s'efforce d'analyser chez le malade chacune des fonctions élémentaires de la respiration. Il ne se contente plus, par exemple, d'étudier comment l'air inspiré vient renouveler le gaz resté dans les poumons, mais il mesure le volume d'air qui, par minute, ventile la nappe sanguine intra-pulmonaire et réussit à le distinguer de celui qui passe dans des alvéoles non irrigués. La circulation pulmonaire est étudiée chez le malade au repos, à l'effort, ou lors de l'exclusion momentanée d'un poumon. Ce ne sont plus là des examens d'un caractère exceptionnel puisque dans le seul centre nancéien, le premier a été effectué plus de 3000 fois au cours des cinq dernières années.

Ces investigations spécialisées exigent des techniques très précises et un appareillage parfait. Mais dans les laboratoires trop jeunes ou dans les centres éloignés de tous guides universitaires, certains font l'erreur de penser que l'instrumentation est l'essentiel, que l'équipement matériel suffit. Les marchands trouvent en eux les meilleurs des clients et obtiennent parfois des commandes avant que les futurs utilisateurs n'aient compris ce que cet élégant appareil mesurait.

Le matériel est quelquefois acheté à la hâte sous la pression d'une administration qui régleme si étroitement l'utilisation des crédits que leur judicieux emploi est impossible. Des fonds précieux, quoique trop maigres sont ainsi gaspillés et des appareils inutiles vont vieillir dans les placards avant d'avoir réellement servi. De telles erreurs ne sont pas imputables aux maladresses du contrôle administratif et à un certain snobisme ; la complexité des analyseurs de gaz ou des analyseurs de pression est souvent inaccessible au médecin que la préparation des concours ou la pratique quotidienne ont éloigné de la physique et de la métrologie durant ses premières années d'université.

Le physiopathologiste respiratoire ne peut quant à lui faire fi des

techniques de base ; même si dans la discipline il désire être simplement un praticien et qu'il renonce à la recherche scientifique, il doit être à chaque instant, capable de dépister l'erreur de mesure. Sinon, les résultats obtenus ne feront qu'égarer au lieu d'éclairer et il méritera ce sévère jugement de Chaptal : « *C'est votre seule ignorance qui fait de vos opérations un tâtonnement continu et une décourageante alternative de succès et de revers* ». Les spirométries faites hâtivement et les mesures dues à des techniciens que l'incompétence d'un médecin ne permet pas de corriger sont évidemment du temps perdu, mais surtout elles représentent, comme tout acte médical mal fait, un danger pour le malade.

Lorsqu'il s'agit de recherche, la part des techniques devient plus grande encore et notre maître le Professeur Fleisch écrit fort justement : « *Les progrès des Sciences biologiques sont en grande partie liées à la perfection et à la précision des moyens d'investigation.* » Les connaissances techniques ne suffisent pas et le chercheur doit revenir à des livres de physique ou de mathématiques pour étudier les intégrales ou le calcul matriciel.

Chercheur ou praticien, le physiopathologiste doit évidemment posséder de très solides bases physiologiques. La physiologie, dans ce qu'elle a de plus classique, est parfois incomprise de médecins ou chirurgiens qui lui dénie toute utilité ; à leurs yeux, seules les physiologies appliquées seraient utiles. Mais comment imaginer une science qui se résumerait à des applications pratiques ? Privée de ses sources, elle ne pourrait progresser, elle ne serait qu'une technique sans vie. Il est indispensable que les chercheurs poursuivent dans le calme de leurs laboratoires de patients travaux sur des sujets bien limités et indépendants de tout but clinique. Il est toujours conseillé que le physiopathologiste y fasse un long stage et s'y familiarise avec l'expérimentation sur l'animal. Plus libre des investigations à mettre en œuvre qu'il ne l'est chez le malade, maître de chacune des variantes de son expérience, il apprend alors à bannir les hypothèses hasardeuses, contre lesquelles Pavlov mettait en garde ses élèves : « *N'essayez pas de camoufler les lacunes de votre savoir par des hypothèses. Quelque attrayant que vous semble l'aspect chatoyant de cette bulle de savon, elle éclatera et ne vous laissera que confusion.* »

MM. les Professeurs FRANCK et GRANDPIERRE voulurent bien enseigner au clinicien que je suis, les éléments de cette rigoureuse physiologie classique, je les en remercie très vivement.

Cette formation physiologique doit nécessairement compléter une très solide formation pneumologique sans laquelle on ne peut concevoir un physiopathologiste respiratoire. Puisant aux sources de l'admirable Laennec, cette pneumologie aura été enrichie par des confrontations anatomo-cliniques nombreuses. Bénéficiant des multiples moyens d'investigations que les techniques modernes lui ont apportés elle sait recueillir sur le vivant d'innombrables renseignements morphologiques. Le médecin, qui est incapable de tirer de l'examen clinique, de la bronchoscopie, de la radiologie ou de l'anatomie pathologique tout ce que ces sciences et techniques apportent à la pathologie pulmonaire, ne peut devenir un physiopathologiste respiratoire, car celui-ci doit confronter pour chacun des malades qu'il examine, leurs données et celles des examens fonctionnels. Pneumologue, il se gardera de l'être exclusivement puisque la fonction respiratoire intéresse tout l'organisme, existe au niveau de chacune des cellules. Il ne peut ignorer la cardiologie, les fonctions rénales ou les échanges ioniques.

La physiopathologie respiratoire ne se dresse donc pas comme une tour, isolée des autres édifices de la médecine. Oppenheimer dit que « *les disciplines spécialisées sont comme les doigts de la main, unies dans leur origine mais sans contact ensuite* ». Le paraphrasant, nous souhaiterions que ces doigts se retrouvent souvent et s'unissent pour construire. En liaison avec la physiologie, la cardiologie, la néphrologie ou d'autres branches de la médecine, la physiopathologie respiratoire peut conduire à une meilleure connaissance de syndromes morbides qui, jusqu'ici, restaient mal explorés. Je voudrais donner rapidement quelques exemples de ces apports de la physiopathologie respiratoire.

Durant ces dernières années, le diagnostic et le traitement des insuffisances respiratoires aiguës ont été totalement transformés. Les épisodes asphyxiques liés aux paralysies respiratoires étaient

autrefois exclusivement traités par des appareils dérivés du poumon d'acier. La terrible épidémie de poliomyélite qui sévit à Copenhague en 1952, conduisit Lassen et son équipe à substituer l'insufflation directe de l'air par une canule trachéale au traitement classique trop souvent insuffisant. La proportion très importante de succès obtenus est, certes, due au dévouement de tout le personnel ; mais on ne peut oublier que Lassen avait lui-même poursuivi de fort belles recherches sur la ventilation avec Cournand et Richards quinze ans plus tôt et qu'il était entouré d'anesthésistes depuis longtemps familiers des problèmes de physiologie respiratoire. Ce nouveau mode de traitement conduisit à des guérisons dans la mesure où ceux qui l'appliquaient avaient acquis une formation comparable. Les succès remportés par la dynamique équipe de l'Hôpital Claude Bernard l'ont bien montré.

Mais l'observation journalière très attentive des résultats apportés par ces ventilations artificielles est riche d'enseignement. Elle a permis à Gara et à son Ecole de préciser le syndrome clinique de l'hypercapnie aiguë, aujourd'hui classique. Certes, nous savons que ces signes parfois si bruyants peuvent manquer et dans ces cas les contrôles des gaz du sang et les analyses rapides d'air expiré viennent nous aider à adopter la conduite logique. Il est stérile d'opposer alors signes cliniques et signes biologiques ; les uns et les autres se complètent, nous permettent un bilan plus précis d'une situation grave. Ce qui importe c'est de connaître avec exactitude la nature des perturbations. La clinique a été enrichie par les résultats obtenus au laboratoire, comme elle l'avait été précédemment, dans d'autres domaines de la pathologie respiratoire, par les confrontations avec les données radiologiques ou avec les faits anatomiques.

A d'autres disciplines médicales, la physiopathologie respiratoire apporte des données peut être moins spectaculaires, mais cependant essentielles. Il est souvent nécessaire de juger la capacité de travail d'un malade atteint d'une affection pulmonaire chronique. Qu'il s'agisse de compenser une maladie professionnelle ou d'autoriser une reprise de travail chez un ancien tuberculeux, une telle évaluation est indispensable. En dehors de son intérêt social ou médico-légal elle a des conséquences thérapeutiques ; de plus

elle fournit souvent des précisions utiles sur le mécanisme des insuffisances cardio-respiratoires. Nous pensions par exemple il y a dix ans que la gêne respiratoire des silicotiques présentant des lésions radiologiquement discrètes était souvent exagérée par les intéressés ; si elle était authentique nous la supposions liée à une bronchite chronique indépendante de la maladie professionnelle. Des mesures multiples des propriétés mécaniques du poumon, des échanges gazeux alvéolaires ou de la circulation pulmonaire ont montré que les perturbations pouvaient être importantes dans des cas où les signes cliniques étaient inexistantes et lorsqu'ils apparaissent, il est souvent trop tard pour mettre en œuvre un traitement efficace.

Les remarquables travaux du Professeur Policard nous avaient préparé à interpréter les documents anatomiques ; l'histo-physiologie pulmonaire est une de ses préoccupations essentielles et il a su nous en révéler les multiples aspects. Les recherches systématiques démontrèrent que les lésions secondaires à la maladie professionnelle expliquaient de telles perturbations.

On pourrait multiplier les exemples et montrer comment les investigations spécialisées permettent de prendre à temps les mesures qui s'imposent pour éviter une décompensation cardiaque ou un surmenage qui conduirait à un réveil de la tuberculose.

Messieurs les Etudiants,

Vous vous demandez peut être quelle sera la place de la physiopathologie respiratoire dans l'enseignement ? Depuis de longues années, une partie des conférences et des Travaux Pratiques de Médecine Expérimentale était dévolue aux éléments de physiopathologie respiratoire indispensables à tout médecin, elle continuera à l'être. Mais un enseignement détaillé de cette discipline est réservé aux médecins ayant terminé leurs études. Nous le tentons actuellement, dans des sessions bi-annuelles de quinze jours, auxquelles assistent des pneumologues intéressés par les investigations spécialisées. Ces sessions d'enseignement intensif compléteront utilement les stages prolongés faits par les médecins désireux d'acquérir une réelle spécialisation. Ceux qui, durant ces dernières années, se sont ainsi succédés sont devenus des Amis, ils

ont fait durant des mois partie de l'équipe du laboratoire.

Depuis 12 ans, cette équipe s'est maintenue toujours aussi dynamique, aussi unie quoique incessamment renouvelée. Médecins, secrétaires, techniciens, étudiants vous formez un groupe très amical. Votre amitié s'est soudée durant des recherches menées en commun et faut-il l'avouer durant ces coups de colliers de dernière heure, ces charrettes, pour reprendre le terme des architectes, que votre patron vous imposa et que très gentiment vous avez acceptés. Votre amitié, votre affection me sont infiniment précieuses ; sans votre collaboration les plus solides travaux du laboratoire n'auraient pu être réalisés.

J'ai évoqué tout à l'heure les connaissances que devait acquérir le physiopathologiste respiratoire et l'énumération d'aussi nombreuses disciplines a pu faire sourire certains. Cependant la recherche demande dans ces divers domaines de très solides connaissances et une incessante mise au courant, c'est dire qu'elle ne peut être l'œuvre d'un seul, qu'elle doit être celle d'une équipe. Certes, un chercheur isolé ou un très petit groupe peuvent apporter des éléments essentiels pour résoudre tel ou tel problème. A juste titre Ramon comme Louis de Broglie insistaient récemment sur la valeur de cette recherche individuelle, de cette réflexion libre.

Mais il est utile pour trouver des solutions neuves que des groupes de travail rassemblent des hommes venus d'horizons variés, ayant une formation différente et si possible complémentaire. Pour mener une telle équipe, trouver les fonds nécessaires à l'achat des appareils, obtenir les allocations de recherche, le Chef de groupe est souvent obligé de multiplier les rapports et les demandes, les séances de commission. Il s'éloigne du travail qu'il souhaitait poursuivre dans la tranquillité. Volontiers, il ferait sienne cette exclamation de Barres : « *Je crève de choses à dire et de ne pouvoir les dire faute de temps.* »

Il y a plus de quarante ans, au lendemain de la première guerre mondiale, le même Barrès réclamait que soit mis en place des instituts de recherche, cellules de taille variable « *rassemblant des installations appropriées et un personnel spécialisé... facilitant cette coordination d'efforts que rend nécessaire, à notre époque, la production scientifique* ». C'est dans cet esprit,

pour libérer les groupes de travail de ce souci du lendemain et leur fournir une stabilité dont ils sont actuellement dépourvus, qu'ont été créées depuis peu des Unités de Recherche. Si actuellement leurs dotations sont parfois bien minces, le principe n'en est pas moins excellent.

L'Institut National d'Hygiène a bien voulu choisir le Centre nancéien comme Unité de Recherche de Physiopathologie respiratoire. J'aurais aimé pouvoir dire publiquement à son Directeur, M. le Professeur Bugnard, toute ma reconnaissance ; il a ainsi manifesté une fois de plus sa confiance à notre équipe, nous nous efforcerons d'en être dignes.

Le choix des chercheurs et leur formation soulèvent évidemment pour le Directeur d'Unité de délicats problèmes. Recruter des collaborateurs de valeur est difficile. On peut craindre qu'une séparation plus précoce entre clinicien et fondamentalistes rende le recrutement des collaborateurs plus difficile pour ceux qui poursuivent leurs recherches dans un domaine qui n'est pas exclusivement celui des sciences fondamentales. Nous avons besoin en physiopathologie respiratoire de cliniciens, mais aussi de physiologistes, de physiciens ou de chimistes ; souhaitons que la réforme en cours n'écarte pas les étudiants ayant terminé leur scolarité de nos centres. Certes, nous savons qu'un tel résultat serait absolument opposé aux idées du promoteur de la réforme qui désire voir l'enseignement, la recherche et les soins aux malades progresser de concert. Mais ne nous arrêtons pas à ces considérations, vous nous avez montré le chemin, M. le Professeur Kourilsky, en des termes imagés « *Le vieux château est en ruine et son agencement est d'un autre âge* », alors qu'à des améliorations partielles, on préfère une construction nouvelle, ne cherchons pas les points faibles d'une réforme qui est en train de se faire.

Rappelons-nous plutôt la phrase d'Alain : « *Attendre et craindre sont les deux péchés, oser et travailler voilà la vertu.* »

Marcel Ribon



Leçon inaugurale : 1977

La continuité est une loi de nature et vous venez d'évoquer, M. le Doyen, la puissance des traditions. Aucun mot ne peut mieux caractériser l'Université, communauté des Maîtres et des Elèves, fleuve de vie intellectuelle assurant la « tradition », c'est-à-dire la transmission ininterrompue du savoir.

Au sens large, la tradition témoigne de la pérennité des institutions ; les coutumes universitaires ont bien résisté à huit siècles de mutations et de crises périodiques parmi lesquelles les événements de 1968 ne furent qu'un ébranlement de moyenne amplitude. Au début du XIII^{ème} siècle, les étudiants de Bologne élisent eux-mêmes leur recteur. A Paris, l'Aima Mater est en grève durant deux ans ; la *Magna Charta* de 1231 lui octroie la personnalité juridique et le droit de grève. L'Université de Paris est dirigée par un recteur, responsable des enseignements, et par un chancelier qui décerne les grades et accorde les licences.

« *Ne vous divisez pas - concentrez vous toujours* », conseillait un chancelier à son auditoire vers 1250.

La cohésion des Universités ne peut que gagner au maintien des coutumes et au respect de la tradition.

M. le Recteur, en honorant de votre présence l'installation solennelle d'un professeur de cette Université, dont vous êtes le chancelier, vous nous apportez à tous un témoignage de solidarité communautaire, et un précieux encouragement.

Jadis à Pont-à-Mousson, puis à Nancy, le professeur jurait : « *de remplir avec exactitude et zèle les fonctions qui lui étaient confiées, de n'enseigner sciemment aucune hérésie, de n'introduire aucune discorde dans la Faculté, de vivre en paix, amitié et fraternité, autant qu'il le pourrait, avec ses collègues, de tout faire pour le bien de l'Académie, de ne jamais lui causer de préjudice* ».

Les prestations de serment ont vécu, mais l'essentiel, aujourd'hui, n'est-il pas de réaliser plutôt que de promettre ?

Monsieur le Président de l'Université, Messieurs les Doyens, Trente et une années, jour pour jour, séparent mon entrée dans les fonctions de chef de clinique de la Maternité, le 1^{er} avril 1946 (il n'y avait qu'un seul poste à l'époque), et la parution au *Journal officiel* de ma nomination à la chaire de Gynécologie-Obstétrique, le 1^{er} avril dernier.

La première qualité de l'accoucheur est certes la patience, mais je suis d'autant plus sensible à vos aimables paroles, cher Doyen et Ami GRIGNON, que la marche inexorable du temps, après m'avoir fait perdre quelques illusions de jeunesse, commençait à ébranler mes espérances.

Voici une excellente leçon pour ceux qui s'engagent dans le *cursus honorum* universitaire ; comme la violette dont la couleur est celle de l'Université, ils doivent accepter de croître lentement dans une ombre discrète, avant d'offrir l'éclat de quelques fleurs.

Depuis huit siècles, l'accroissement des effectifs du Corps enseignant a toujours résulté de gestations rares et prolongées.

L'histoire de l'Université de Pont-à-Mousson est édifiante à ce sujet. En 1637, la Faculté de Médecine ne compte qu'un professeur titulaire. Un second est bien prévu, réservé même malgré son jeune âge, car il est le fils de Pierre Barot mort en 1630. Le jeune Marc Barot mettra onze ans pour obtenir ses grades et ne sera nommé qu'en 1641 !

Dans une lettre du 3 juin 1661, Patin, doyen de la Faculté de Paris, annonce à son ami Falconet qu'il fût sollicité par le Duc de Lorraine pour venir à Pont-à-Mousson - en qualité de doyen avec bons gages et lettres de noblesse -, mais qu'il a décliné cet honneur.

En 1679, la Faculté n'est représentée que par un professeur, son doyen, Christophe Pillement. Ce Pillement, doyen pendant 36 ans, devint célèbre en publiant l'observation du *Fœtus Mussipontanus* découvert en 1659 à l'occasion de l'autopsie d'une femme de 60 ans, porteuse d'une grossesse abdominale, arrêtée au sixième mois, et en rétention depuis une trentaine d'années.

L'occupation française allait introduire le mode de nomination sur concours, disposition que confirma le Duc Léopold par édit de 1699.

Au total, l'ancienne Faculté de Médecine Lorraine ne compta que trente professeurs en deux siècles : 23 à Pont-à-Mousson entre 1592 et 1768, et 7 à Nancy de 1768 à 1793.

Ne nous plaignons donc pas trop de ces temps que nous vivons.

Pour un homme, il ne peut être mission plus agréable que de témoigner sa gratitude à tous ceux qui, à un titre ou à un autre, ont contribué au succès de ses entreprises.

C'est en premier lieu à mon Epouse, à mes Parents, à mes Amis, que j'exprime mes sentiments d'affectueuse et profonde reconnaissance.

Honorer ses Maîtres est un devoir rappelé dans le *Serment de Genève*, proposé en 1948 par l'Association Médicale Mondiale et dont voici le deuxième alinéa :

« *Je garderai à mes Maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.* »

C'est en 1942, comme externe du Professeur FRUHINSHOLZ, que je fus initié à l'art des accouchements.

Le Professeur VERMELIN lui succéda dans la chaire de clinique obstétricale qu'il occupa de 1943 à 1961. Pendant ces dix-huit années, je fus son élève et son collaborateur : six ans comme chef de clinique, neuf ans en qualité de chef de travaux, enfin trois ans comme agrégé du concours de 1958.

La forte personnalité de mon regretté Maître cachait, derrière un aspect sévère, une nature bienveillante empreinte de bon sens.

Transposant le langage héraldique, il se définissait à ses amis comme *cœur d'or sur fond de gueules*.

Ecartant tout dogmatisme, étranger aux spéculations hasardeuses de l'esprit, il fut homme d'action et de devoir, respectueux d'une éthique aristotélicienne, à la recherche d'un bonheur simple, résultat de l'exercice normal de facultés traditionnelles judicieusement employées ; ces dispositions expliquent son attirance vers les aspects sociaux de l'obstétrique.

Convaincu de l'importance croissante de l'endocrinologie sexuelle, il m'expliqua très simplement, après l'échec au concours d'agrégation de 1949, que j'avais ainsi la chance de disposer de neuf ans avant qu'un nouveau poste d'agrégé fût mis au concours, pour Nancy.

Licencié ès Sciences en 1953, je fus accueilli avec bienveillance par le Professeur André Veillet, titulaire de la chaire de biologie générale de la Faculté des Sciences. Grâce à son aide, je pus soutenir une thèse de doctorat es Sciences d'Etat en avril 1958, deux mois avant l'ouverture du concours d'agrégation.

C'est à ces deux Maîtres que je dois mon orientation vers la biologie génitale, connaissance nécessaire, selon moi, à l'approche rationnelle de la gynécologie et de l'obstétrique modernes, ces deux parties complémentaires d'une même discipline, enfin réunifiée.

Entre 1961 et 1968, ce fut le Professeur Jean HARTEMANN qui présida aux destinées de la Clinique obstétricale. Il me confia la responsabilité du Centre de prématurés et ne cessa, à aucun moment, d'aider à la réalisation de mes espérances. Esprit humaniste et libéral, il sut percevoir les voies nouvelles vers lesquelles il convenait d'orienter notre discipline.

Deux nouveaux services sont créés en 1966, de gynécologie d'une part, prénatal d'autre part.

Cette division, sans cloisons étanches, a permis le développement d'une haute technicité et d'un enseignement mieux adapté à la formation complète des gynécologues-accoucheurs.

Je reviendrai ultérieurement sur la signification de cette évolution.

Lui ayant succédé en 1968, le Professeur Jean RICHON, dont le père, le Professeur Louis Richon avait illustré la clinique médicale nancéienne de 1928 à 1942, a poursuivi cette politique de décentralisation interne, par la création de deux autres services : biologie sexuelle, médecine néonatale.

Homme bienveillant et scrupuleux, très conscient de la nécessité d'intégrer les progrès techniques à l'Art traditionnel des accouchements, le Professeur Richon, mû par une conviction profonde que partagent ses collaborateurs de la Maternité, a su résister aux chants des Sirènes qui exposent les embryons, dans leur poche des eaux, au même sort funeste que les navigateurs de l'Odysée lorsqu'ils approchaient du détroit de Messine.

Votre modestie dut-elle en souffrir, je vous demande d'accepter, mes chers Maîtres, l'assurance de ma très sincère reconnaissance.

Avant de quitter le domaine protégé de Junon, déesse des épouses et des mères, et que les sages-femmes romaines invoquaient sous le nom de Lucine, je tiens à dire la joie que me procure la présence de mes amis, les Professeurs Colette, de Besançon, et Delecour, de Lille.

Mon cher Colette, vous êtes Nancéien de cœur et d'esprit et comptez bien des amis, tant à la Faculté qu'à la Maternité où vous venez régulièrement participer à nos réunions de travail.

Mon cher Delecour, nous avons préparé ensemble l'agrégation à Paris, il y a vingt ans, et mon attachement aux Flandres a renforcé notre amitié ; vous avez soutenu ma candidature, devant le Comité consultatif, avec un talent dont cette cérémonie fait la preuve.

Les Professeurs agrégés LANDES, SCHWEITZER, VERT, complètent le *Corpus Lucinae Nanceianum* au sein de cet aréopage.

Je remercie les collègues et amis qui m'entourent et, parmi eux, trois autres membres d'une petite académie, inconnue parce qu'innominée, et dont la mission consistait, il y a vingt-cinq ans, à se partager équitablement la présence aux cours de la Faculté des Sciences !

Avant d'aborder le thème principal de cette Leçon, je tiens à respecter la coutume voulant que le nouveau titulaire prononçât l'éloge de son prédécesseur.

Or, cette chaire qui vient de m'être confiée résulte de la transformation de celle de clinique ophtalmologique, créée en 1948 pour le Professeur Charles THOMAS, et qu'il illustra durant vingt-huit années, jusqu'à l'époque inexorable de la retraite en 1976.

Mon cher Maître, je sollicite votre bienveillance car la mission est délicate pour un non initié aux secrets de votre Art.

L'histoire des chaires périodiques d'ophtalmologie révèle une instabilité *mutato nomine* dont le déterminisme secret appartient aux Conseils.

- La première, créée en 1899 pour le Professeur ROHMER, devient « Médecine opératoire » en 1921 ;

- Reconstituée en 1928 pour votre Maître, le Professeur JEANDELIZE, elle devient « chirurgicale » en 1939 ;

- Voici donc la troisième éclipse, cette fois en faveur de notre discipline.

Mais pourrions-nous discerner une prédestination ? Vous m'avez signalé deux faits que certains pourraient interpréter comme d'heureux auspices :

- La première revue d'ophtalmologie de langue française fut imprimée à Charleroi, en 1838, et portait un titre assez inattendu : « *Annales d'oculistique et de gynécologie* » (Le Professeur Thomas pense que le gonocoque fut une des raisons de ce choix, de par son affinité, à la fois génitale et oculaire).

- Vous avez, d'autre part, obtenu, lors de votre internat, le prix Alexis-Vautrin de gynécologie.

La vue est, assurément, celui de nos sens dont la grande portée fournit à la fonction sexuelle les informations les plus précoces et les plus aisément renouvelables. On peut aussi considérer notre spéculum comme le moyen optique d'une vision approfondie de la Femme.

Mais je ne chercherai pas à tirer argument de ces faits pour évoquer une certaine affinité secrète entre la gynécologie et l'ophtalmologie.

Votre carrière hospitalière et universitaire, vos qualités d'Homme et de Chef d'Ecole, la notoriété nationale et internationale que vous a valu l'ensemble de votre œuvre médicale, forment un tout impressionnant qu'une sobre esquisse ne peut révéler qu'imparfaitement.

Les études fonctionnelles de la vision, les greffes de cornée conduisant à la fondation de la Banque des Yeux, la lutte contre l'amblyopie et le strabisme dans le cadre d'un Centre d'éducation de la vue, les responsabilités que vous assumez dans les associations et instances internationales, vous ont valu de nombreuses distinctions françaises et étrangères.

Permettez-moi d'en évoquer deux, que je crois être les plus récentes :

- le Grand Prix de l'Académie de Stanislas remis solennellement au Salon carré de l'Hôtel de Ville, le 21 janvier 1973 ;
- l'attribution, à la promotion de Noël 1976, de la cravate de Commandeur de l'Ordre national du Mérite.

Mon Cher Maître, votre promotion à l'honorariat n'est pas de nature à réduire votre dynamisme et votre activité.

Votre vie est un exemple de courage, de dévouement, et d'énergie créatrice bienfaisante.

Mesdames, Messieurs,

Quand Hérodote visita l'Egypte, au milieu du Vème siècle avant notre ère, il fut étonné du morcellement de l'Art médical entre une foule de spécialistes. Il écrivait ceci :

« Tout est plein de médecins, les uns sont médecins pour les yeux, d'autres pour la tête, pour les dents, pour l'abdomen, pour les maladies de localisation incertaine. »

Ceci semblait dû à une grande spécificité des agents thérapeutiques, en l'occurrence les vertus des plantes et les formules conjuratoires ; à chaque maladie correspondait une plante et une formule spéciales, que, seul, le spécialiste initié connaissait, et dont il se réservait jalousement l'usage. Mais n'en est-il pas de même aujourd'hui, dans notre XXème siècle finissant ?

Nos disciplines médicales classiques s'émiettent progressivement, conséquence d'une technicité de plus en plus poussée et spécialisée.

Le grand principe hippocratique « d'Individuation », qui fait de l'homme un « TOUT » au centre de l'univers, tend à céder progressivement la place à une certaine forme de matérialisme médical. L'homme tend à devenir un objet pour la science, un simple assemblage d'organes différents ; à chacun d'eux correspond une panoplie thérapeutique, certainement efficace, mais qui risque de

faire prendre la partie pour le tout, en oubliant la finalité interne de la Vie.

En exprimant cette crainte, je songe naturellement à la fonction de reproduction, finalité dernière de l'appareil génital et de sa physiologie.

Ces quelques considérations liminaires permettent de mieux comprendre l'évolution de la discipline gynécologique dont j'ai choisi de vous entretenir.

Conformément au sens étymologique, la gynécologie englobe l'étude de la physiologie et des maladies qui sont particulières à la Femme ; il ne viendrait à l'idée de personne de soigner un appareil malade sans en connaître avec précision la finalité, et l'activité normale qui la réalise.

Chacun sait que l'appareil génital de la Femme fonctionne sans discontinuer entre la puberté et la post-ménopause, la gravidopuerpéralité ne faisant que modifier temporairement les dispositions anatomiques et physiologiques de base. Or, cet état gravidopuerpéral intermittent est si conséquent, de par son importance et sa signification, qu'il représente à lui seul au moins les trois quarts de la physiologie génitale.

Tous les gynécologues-accoucheurs admettent que l'obstétrique est à la gynécologie, ce que la physiologie est à la médecine.

Il ne s'agit pas là d'une opinion « que je suis seul à partager », selon une expression plaisante ; au XVIIIème congrès de gynécologie et d'obstétrique de langue française, tenu à Paris en 1959, le Professeur Lantuejoul déclarait : « *L'intimité des liens qui unissent l'obstétrique et la gynécologie ne sera plus discutée ; le terme général de gynécologie doit comprendre l'étude de la Femme, soit non enceinte, soit enceinte.* »

L'unanimité des chefs d'Ecole français d'une part, la prise en considération de ce que la France restait un des rares pays où l'appareil génital était partagé « à l'égyptienne », d'autre part, ont conduit l'Education nationale et la Santé publique à décider l'intégration totale des deux titres, et la fusion des activités qui en découlent.

Contrairement à la tendance générale au morcellement que je signalais, voici un exemple rare du phénomène inverse.

L'histoire de la gynécologie et de l'obstétrique éclaire les raisons de cette évolution.

Cette histoire vaut la peine d'être contée, et je lui ai donné pour titre :

LES GRANDS ET PETITS CHEMINS DE LA GYNECOLOGIE

Notre Hippocrate de Cos, car il y en eut d'autres, vivait à l'époque d'Hérodote et avait assimilé, en un remarquable syncrétisme, les apports philosophiques et médicaux transmis à la Grèce par les civilisations antérieures, circum-méditerranéennes et orientales.

Après avoir dépoussiéré tout ce fatras, pour n'en garder que le meilleur, il sécularisa la Médecine et développa une nouvelle doctrine, *naturaliste et empirique*, qui écarte toute spéculation hasardeuse de l'esprit, analyse minutieusement les caractères et le terrain des maladies, en recherche enfin les causes naturelles, établissant ainsi les bases d'une « *méthode générale des Sciences* », dont la Physiologie expérimentale de Claude Bernard demeure le fidèle reflet, vint-trois siècles plus tard.

La doctrine hippocratique est imprégnée d'une philosophie discrète, sceptique plus que dogmatique, qui transparait dès le premier des aphorismes : « *La vie est brève, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience incertaine, le jugement difficile.* »

L'œuvre et la pensée d'Hippocrate ont brillé sans éclipses pendant deux millénaires, et leur éclat n'est pas encore terni.

Les célèbres Ecoles de Salerne, d'influence gréco-arabe, de Cordoue et Montpellier, d'influence judéo-arabe et hispanique, n'ont fait que propager, en particulier en France, la doctrine médicale d'Hippocrate, remaniée en fonction des progrès des connaissances, mais souvent déformée par ceux-là mêmes qui ne cessaient de l'invoquer.

La rigidité de la philosophie scholastique a dénaturé la doctrine hippocratique jusqu'au XVII^{ème} siècle, parce qu'elle niait qu'il fût possible de connaître la nature des choses. Les femmes étaient considérées comme l'image démoniaque du péché ; on les brûlait d'ailleurs assez facilement.

Seul reste vraiment hippocratique, l'Art des accouchements, seulement parce que la nature imposait ses lois.

La gynécologie proprement dite sombre dans le ridicule quand Paracelse, ce Cagliostro du XVIème siècle, nous explique le caractère monstrueux du sang menstruel :

« ... *Le diable en produit les araignées, les puces, les chenilles, et tous les autres insectes dont l'air et la terre sont peuplés...* »

Un siècle plus tard, Mauriceau fait finement remarquer que : « *Si tout cela était vrai, les hommes fuiraient assurément, plus qu'ils ne le font, la compagnie des femmes.* »

Devant de telles divagations, fruits d'un intellectualisme délirant, l'Obstétricie va représenter, à elle seule, l'ensemble des Sciences de la Femme.

Au XVIème siècle Ambroise Paré, chirurgien militaire sans grade universitaire parce qu'il ignore le latin, va rétablir le bon sens hippocratique en préférant l'expérience à la théorie.

Publiées dès 1564, les Œuvres d'Ambroise Paré représentent une somme d'observations répondant, écrit-il, « *au désir des pauvres écoliers très instruits en théorie, mais n'ayant aucun moyen de pratiquer la science avec les préceptes qu'ils ont appris à l'école.* »

L'Etape scientifique, annoncée par Vesale et son élève Fallope, s'épanouit dès le XVIIème siècle avec l'invention du microscope et la découverte, par Régnier De Graff en 1671, des follicules et des corps jaunes de l'ovaire.

La Renaissance, qui fut l'âge du Baroque, s'intéresse aux formes changeantes et aux mouvements, d'où l'engouement naissant pour la Physiologie.

François Mauriceau, dont tous les étudiants en Médecine apprennent la « *manœuvre* », fut le plus célèbre des gynécologues-accoucheurs du XVIIème siècle.

Son *Traité des Maladies des Femmes grosses et de celles qui sont accouchées* connu plusieurs éditions, dont la seconde, imprimée en 1675 - un siècle après Paré - offre l'avantage de révéler l'esprit critique de l'auteur.

Mauriceau réfute la découverte de De Graff, avec des arguments qui s'écartent de l'empirisme hippocratique. Il est scandalisé à l'idée : « *que les femmes ont des œufs aussi bien que les animaux volatils, et*

que l'enfant en est engendré de la même manière que l'est un poulet de l'œuf dont il est formé ».

En gynécologie, Mauriceau a décrit la dysménorrhée membraneuse et a établi la présomption d'un cancer génital en cas d'hémorragies post-ménopausiques.

Il a montré l'importance de la surveillance prénatale conduisant au « *bon gouvernement de la femme grosse, laquelle doit penser pour deux : elle-même, mais aussi son enfant* ».

Le XVIIIème siècle voit naître l'anatomie pathologique, avec Morgagni, mais il faut attendre le milieu du XIXème siècle pour entrevoir la bifurcation entre les chemins que suivront, séparément, l'obstétrique et la gynécologie non gravidique.

L'étape technique débute alors, avec le développement de la chirurgie abdominale. Parallèlement à l'obstétrique confrontée à de redoutables problèmes - opération césarienne et infection puerpérale - mais qui ne se modifie pas radicalement, la gynécologie non gravidique étend régulièrement le champ de ses activités et la diversité de ses moyens.

L'articulation reste toutefois étroite, puisque nous voyons une sage-femme, élève de Mme Lachapelle, Mme Boivin, publier en 1833, avec Antoine Duges, neveu de la première et professeur à Montpellier, un *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*.

A l'inverse, nous voyons Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à Paris, publier en 1835 un *Traité complet de l'Art des Accouchements*. Citons également le traité des *Travaux d'obstétrique et de gynécologie* édité en 1882 par Pajot, inventeur de la « *loi d'accommodation* » qui porte son nom.

Mais les querelles éclatent et le divorce se dessine. L'Académie de Médecine retentit, en 1850, des éclats de la dispute Lisfranc-Velpeau, au sujet des déviations utérines fixées et douloureuses.

Au premier, qui invoque la congestion et l'engorgement pelviens comme *primum movens* des troubles, le second oppose la notion de lésion organique primitive, que seule la chirurgie est en mesure de guérir.

Or, cette chirurgie se développe rapidement : Spencer Wells pratique l'ovariotomie dès 1857 ; Koeberlé, à Strasbourg, en réalise douze

entre 1862 et 1864, et propose, en 1863, une technique d'hystérectomie ; il imagine la ventrofixation de l'utérus en 1869.

Pionnier français de la chirurgie gynécologique, tout en enseignant et cultivant l'art des accouchements, Koeberlé ne connut pas la notoriété qu'il méritait, parce qu'il refusa de quitter l'Alsace annexée pour suivre la Faculté de Strasbourg transférée à Nancy en 1872.

Après Velpeau, il fut de mode d'opérer toute rétrodéviation, et la chirurgie allait s'emparer de la gynécologie pour trois quarts de siècle.

On entendra, plus tard, Jean-Louis Faure célébrer en termes lyriques l'apogée de la chirurgie gynécologique - *terme impropre, auquel il convient de substituer celui de « Gynécologie opératoire »* - réclamer plus de moyens matériels, encourager la spécialisation vers les grandes opérations gynécologiques.

L'excellent gynécologue que fut Siredey, clinicien scrupuleux et respectueux de la fonction, déclarait au Congrès de Paris de 1925 : « *Quand je prenais part timidement aux Congrès de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, j'étais à peu près le seul représentant de la Médecine ; et ma présence à ces réunions me donnait l'impression d'un véritable anachronisme.* »

Mais la Roche Tarpéienne est proche du Capitole ; une mutation se préparait, annoncée au seuil de ce XX^{ème} siècle par les travaux nancéiens de PRENANT, BOUIN et ANCEL, accélérée après la Première Guerre mondiale grâce aux découvertes en endocrinologie sexuelle, aux moyens de dépistage des lésions organiques et des troubles fonctionnels, grâce enfin à l'acquisition de moyens thérapeutiques nouveaux dont l'efficacité devait réduire la place tenue par la chirurgie dans notre domaine.

Cette étape moderne est essentiellement dominée par la connaissance approfondie de la physiopathologie gynécologique.

Le chemin suivi par la gynécologie non gravidique s'infléchit nettement à partir de 1925, année où Forgue reconnût que la gynécologie, pendant trente ans surtout chirurgicale, s'oriente désormais vers la biologie.

Dès 1930, à Nancy, le professeur HAMANT et ses élèves attirent l'attention sur l'importance de la gynécologie préventive ; ils utilisent le colposcope d'Hinselmann pour le dépistage précoce du cancer du

col. Au Congrès de Bordeaux, en 1931, Hamant et Koenig définissent cette « gynécologie préventive » qui exige :

« Une formation particulière des médecins et des étudiants. une participation consciente des sages-femmes auxquelles ces notions doivent être enseignées, afin qu'elles puissent déceler, chez les millions de femmes qu'elles examinent chaque année, tous les cas suspects devant faire l'objet de recherches complémentaires. »

Gynécologie et obstétricie françaises vont-elles se rejoindre et fusionner comme jadis ?

De plus en plus fréquemment, la gynécologie opératoire isolée fait l'objet de critiques.

Laffont déclare au Congrès d'Alger, en 1935 : « La chirurgie ne constitue plus qu'un chapitre très important, mais limité, de la thérapeutique gynécologique » ; Mocquot, au Xème Congrès de Paris en 1937, Muret, au XIème Congrès de Lausanne en 1939, expriment des opinions identiques.

Inaugurant la chaire de clinique d'Accouchement et de Gynécologie de Paris en 1942, Louis Portes, futur premier président de l'Ordre national des Médecins, s'élevait avec vigueur contre : « l'abus des stérilisations, des castrations et des hystérectomies injustifiées, pratiquées souvent pour des troubles fugaces parce que fonctionnels et qui, depuis l'épanouissement de la chirurgie opératoire, firent la honte d'une certaine pratique gynécologique ».

La fusion de la gynécologie et de l'obstétrique était réalisée depuis longtemps à l'étranger ; au début de sa préface à la première édition de son important *Text-book of gynecology*, parue à Baltimore en 1941, Edmund Novak écrivait : « Autrefois la gynécologie était une partie de la chirurgie, et cela n'existe plus aujourd'hui. »

Je vous ai rappelé que la fusion est désormais officiellement accomplie en France (Nous devons à Louis Portes la transformation des maternités en Services de gynécologie-obstétrique, confiés à des gynécologues-accoucheurs des hôpitaux. De même, la gynécologie-obstétrique constitue une discipline nouvelle dans l'Université, seule voie de recrutement des Maîtres de conférences agrégés correspondants.

Nous reconnaissons volontiers que le domaine commun est vaste et que l'homme, le mieux doué, ne peut affirmer simultanément sa parfaite maîtrise des différentes parties dont nous avons à connaître. Mais ces différentes parties s'articulent harmonieusement entre elles, ce qui permet la mise en commun des divers moyens d'investigation et de traitement.

Le ministère de la Santé a récemment attiré l'attention des chefs de Service hospitaliers sur les problèmes d'Economie médicale, conseillant le rapprochement entre Services à finalité identique et susceptibles de bénéficier d'équipements communs. Un tel regroupement s'avère, par ailleurs, très favorable aux intérêts généraux des malades qui bénéficieraient de l'unité de lieu, de temps, et d'une conception commune des schémas thérapeutiques.

La gynécologie-obstétrique se prête parfaitement à cette concentration ; la cœlioscopie dépiste pareillement une tumeur ovarienne ou une grossesse ectopique ; l'opération césarienne et l'hystérectomie de nécessité procèdent toutes deux d'un même dispositif opératoire ; la microchirurgie de la stérilité exige un contexte d'investigations et d'épreuves fonctionnelles de contrôle ; pour cela il faut souder une équipe cohérente, dotée de moyens efficaces, et ne pas amenuiser son efficacité par une dispersion en des lieux d'action différents.

On ne peut évidemment tout connaître, mais je crois qu'il s'agit moins de tout savoir, que de savoir suffisamment de tout.

Nous devons former des gynécologues-accoucheurs complets, car on ne peut faire de la bonne gynécologie en ignorant l'obstétrique, ni l'inverse non plus. Même la néonatalogie d'urgence vient compléter cette trilogie de base, puisqu'un accoucheur doit être capable de réanimer d'urgence un nouveau-né en état de mort apparente. Ainsi doté des connaissances fondamentales, indispensables et suffisantes, chacun pourra les développer en orientant ses activités vers un secteur restreint, ceci afin de mieux en exercer la maîtrise. Cette orientation préférentielle est enrichissante pour l'équipe tout entière ; même fractionné en différents secteurs, l'enseignement de notre discipline n'exposera plus, comme je l'ai dit, à faire prendre la partie pour le Tout.

Après avoir parcouru ces grands chemins, nous allons en emprunter de plus modestes qui nous feront découvrir l'évolution historique de la gynécologie à Nancy. Vous ne serez pas surpris de constater une évolution parallèle à celle qui s'est déroulée ailleurs.

La Faculté de Médecine de Nancy ayant résulté du transfert de celle de Strasbourg, il est intéressant de rappeler que Pierre-René Flamant, premier professeur de Clinique d'Accouchement de Strasbourg en 1817, avait fait ses études médicales à Nancy peu avant la Révolution ; il dut sans doute être élève de Lamoureux, « Professeur Royal de l'Art des Accouchements » de 1786 à 1789. Flamant devait maintenir des relations avec Nancy, venant y présider des Jurys de Médecine, et appartenant à l'Académie de Stanislas, jusqu'à sa mort en 1833.

Son élève, Joseph-Alexis STOLTZ, lui succéda en 1834 et fut le dernier Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg avant de devenir, en 1872, le premier doyen de celle de Nancy.

La gynécologie-obstétrique nancéienne était représentée par deux chaires qui se complétaient, avec Stoltz comme professeur de clinique obstétricale et gynécologique, et François-Joseph HERRGOTT comme professeur d'accouchement et de maladies des enfants.

Le triptyque : « *gynécologie-accouchement-nouveau-nés* » se voyait donc réalisé.

Mais, comme ailleurs en France, la séparation allait se produire ; on ne retrouve plus, dès 1880, qu'une seule chaire de clinique obstétricale ! L'autre a disparu, au profit semble-t-il de l'histologie. Séparée de l'obstétrique, la gynécologie nancéienne dérive à l'image d'un vaisseau fantôme qui, échappant au tourbillon de Charybde, va se perdre contre l'écueil de Scylla.

Fort opportunément, le somptueux legs Boulanger, de 775000 F en 1910, impose le maintien d'une entité gynécologique confiée au Professeur VAUTRIN.

Une chaire de clinique gynécologique est créée pour lui en 1924, pour s'évanouir à sa mort en 1927. Le Professeur BINET lui succède au Service, mais la chaire de gynécologie ne lui revient qu'en 1937. Elle ne s'éclipse pas, lors de sa retraite en 1954 ; elle est occupée par

le Professeur BERTRAND jusqu'en 1966. Son transfert dans la chaire de clinique chirurgicale B, en 1966, sera suivi de la disparition pure et simple de la clinique gynécologique ; chaire et service correspondants sont transformés en clinique chirurgicale C, à orientation digestive.

Ainsi, pendant 86 ans, de 1880 à 1966, l'obstétrique et la gynécologie nancéiennes ont suivi des chemins séparés, matériellement et spirituellement, jusqu'au sacrifice final de la Gynécologie sur les autels de la chirurgie.

Mais ce fut un sacrifice propitiatoire puisqu'il allait favoriser le retour de l'enfant perdu vers la maison-mère qui l'attendait.

Disposant de locaux suffisants, d'un laboratoire adapté à ses besoins de dépistage et de traitement, enfin de gynécologues-accoucheurs désireux d'obtenir l'intégralité des responsabilités en correspondance avec le double intitulé de leur titre, la Maternité demanda et obtint la création du Service de gynécologie.

Il faut ajouter que le « vide gynécologique » intervenait à une époque où les demandes augmentaient par suite du développement de la gynécologie sociale.

Le consensus général étant alors en faveur de la réunification de notre discipline, la Faculté et le Centre hospitalier estimèrent que le transport de la gynécologie à la Maternité n'appelait aucune objection.

Eu égard à ces diverses raisons, le ministère de la Santé me nomma chef de Service de gynécologie au CHU en juin 1966, puis me détacha dans le service créé à la Maternité en novembre suivant. En 1968, la Faculté me confiait l'enseignement de la gynécologie et la direction du Certificat d'études spéciales.

Je dois enfin à la bienveillance de mes Collègues l'attribution de cette chaire de gynécologie-obstétrique ; qu'ils daignent accepter le témoignage solennel de ma reconnaissance.

La gynécologie-obstétrique Nancéienne a retrouvé son unité après un siècle de séparation.

Les chemins furent longs avant de se rejoindre, mais n'est-ce point un gage de durée ? Comme l'a dit un poète : « *Le temps n'épargne pas ce que l'on fait sans lui.* »

Quittons désormais ces grands ou petits chemins de l'histoire. Je ne voudrais pas conclure avant de m'être livré à un petit exercice d'analyse didactique, puisque telle est la mission d'un Enseignant. J'ai choisi, pour thème, cette partie liminaire de la physiologie génitale qu'on peut appeler : *l'Art d'aimer*.

Ovide avait de l'esprit mais peu de tendresse, de l'élégance dans l'élégie mais peu de science infuse. Mais avait-il besoin de ce qui lui manquait pour évoquer cet instinct si simple qui prélude avec harmonie à l'art d'engendrer ?

L'art d'aimer et d'engendrer est si naturel qu'on a tendance à oublier qu'il est le sixième sens, et qu'il appartient plus au domaine de la médecine qu'à celui de la philosophie.

Nous n'entendons plus parler que de *sexologie* ; or ce terme est étymologiquement synonyme de *gynécologie*, puisque *sexus* veut dire « ce qui est fendu », et que la littérature amoureuse a largement utilisé le mot « sexe » pour désigner la femme seulement. Si la « sexologie » renferme donc la totalité de ce qui se rapporte à la reproduction, il nous faut inventer un autre nom pour désigner l'art d'aimer, fonction partielle représentant une fin en soi.

Je suis tenté par *Cupidologie*, ou *Cupidolatrie*, la composition gréco-latine du mot n'offrant pas plus de dissonance que pour le mot sexologie. Mais ne perdons pas de vue l'aspect scientifique du problème.

Alors que les fonctions végétatives sont incontrôlables, parce que nécessaires, les deux fonctions de locomotion et de reproduction sont gouvernables parce que facultatives, c'est-à-dire soumises à l'action de la volonté ; on peut refuser de se déplacer ou de se reproduire.

Cette analyse ne concerne évidemment que la reproduction, seule fonction essentiellement au service de l'espèce. Bergson a écrit que chez l'homme, autour de l'intelligence, il y a une frange d'instinct et, mêlées aux prévisions raisonnées, des divinations intuitives. Cet instinct animal est générateur d'impulsions permettant à l'homme de résoudre les problèmes vitaux les plus compliqués tout en ignorant la raison d'être des moyens qu'il emploie.

- l'activité génitale, fin rationnelle ou instinctive, se décompose en deux fonctions :

- la fonction érotique, *de conditionnement*,

- la fonction génésique, *d'engendrement*.

La première est *subjective* : Etat préparatoire ; la seconde est *objective* : Acte de concevoir.

La « frange d'instinct » permet cette double performance aux plus incultes des Béotiens, sans nécessiter aucun effort intellectuel. Les races primitives les moins évoluées adoraient la *puissance génésique*, parce que facilement mesurable ; ils considéraient l'objet plutôt que le moyen. Mais oser écrire que « *l'heure de l'homo eroticus est venue* », me semble risible.

Certes, l'intellectualisme, privilège des individus évolués, peut dominer l'instinct et séparer volontairement ces deux fonctions l'une de l'autre ; le mot sexologie retrouverait alors son vrai sens étymologique. Comme l'a écrit récemment un Cupidologue de talent : « *Tout, dans l'amour, qui n'est pas génésique est érotique !* » Argument spécieux s'appuyant sur une dichotomie trop simpliste ; imaginez un philosophe affirmant : qui n'est pas stoïcien est épicurien !

Il est bien certain que la physiologie génitale réalise aisément cette séparation arbitraire ; le risque n'est pas de la réaliser, mais de l'exploiter. On peut observer les conséquences néfastes de cette volonté, quasi liturgique, de sublimer les spectacles érotiques ; les moyens audiovisuels conduisent à un cercle vicieux : érotisme, érotomanie, prostitution, sadisme, etc. Il en est comme pour les vomissements de la grossesse qui s'aggravent d'eux-mêmes jusqu'à entraîner une situation périlleuse.

Voici le problème posé ; comment le résoudre ?

La maïeutique des Cupidologues se traduit en des milliers de pages destinées à expliquer, aux foules ignares, les mécanismes complexes et subtils grâce auxquels elles pratiquent l'érotisme sans le savoir, comme M. Jourdain faisait de la prose.

Ces ouvrages contiennent des faits exacts qui méritent d'être enseignés ; il vaut mieux ne pas les conseiller comme livres de chevet parce qu'ils favoriseraient le sommeil du lecteur bien avant

qu'il ait pu découvrir et comprendre le « mode d'emploi » qu'il recherche !

Les gynécologues de jadis, à la fois naturistes et intelligents, écrivaient en formules très simples ce que la prose érotique moderne complique à plaisir.

Permettez-moi de vous lire un paragraphe extrait des *Œuvres d'Ambroise Paré* écrites voici quatre siècles : « *La manière d'habiter et faire génération* »

« *L'homme étant couché avec sa compagne et épouse, la doit mignarder, chatouiller, caresser et émouvoir s'il trouvait qu'elle fut dure à l'éperon ; et le cultivateur n'entrera dans le Champ de Nature humaine à l'étourdi, sans que premièrement n'aye fait ses approches qui se feront en la baisant, et lui parlant du jeu des Dames rabattues : aussi en maniant ses parties génitales et petits mamelons, afin qu'elle soit aiguillonnée et titillée jusqu'à ce qu'elle soit éprise des désirs du mâle, etc. »*

Voici un « mode d'emploi » simple et de bon goût.

A l'opposé, les romans-fleuves actuels traitant de l'érotisme se livrent à des jeux d'esprit fort éloignés de la doctrine d'Hippocrate. Que viennent faire ces élucubrations assimilant, par exemple, les obélisques à des emblèmes phalliques, et glosant sur la présence de l'un d'eux au Vatican, au centre de la place Saint-Pierre ! Que viennent faire les ragots d'alcôve se rapportant à Chéops, Tibère, et bien d'autres !

Pourquoi dire que le fameux rapport Kinsey, publié il y a vingt ans, a fait l'effet d'une bombe quand il annonçait que 86 % des Américains vivent en rupture avec le code moral ?

Toute cette littérature a un relent de faux intellectualisme et me semble indigne de faire l'objet d'un quelconque enseignement. Que l'activité génitale soit le fait de l'instinct ou de l'intelligence, que la fonction érotique soit isolée, ou bien, qu'à l'inverse, la fonction génésique le soit - comme pour l'insémination artificielle - tous ces faits appartiennent à la physiologie, science de la vie, et leur analyse exige de la rigueur scientifique, comme l'a voulu Claude Bernard.

L'enseignement médical doit énoncer les faits et s'abstenir d'hypothèses fantaisistes.

La physiologie génitale est le support de la Gynécologie clinique. Son enseignement doit s'étager selon trois niveaux et selon une progression logique :

1. *Enseignement* de la biologie génitale : anatomie et physiologie ; il doit être intégré aux programmes scolaires, à tous les degrés.
2. *Education* conseillant des comportements, options, précautions, en faisant toujours référence aux lois de l'Espèce, mais en les adaptant aux conditions particulières de l'individu, du couple, de la famille, de la société.
3. *Information médicale précise* concernant les préventions, le dépistage, la surveillance, enfin la prescription de méthodes et de moyens qui n'enfreignent pas les règles de l'éthique ; même ce qui est *légal*, résultat de la loi du nombre, n'en acquiert pas pour autant un caractère *moral*, et l'arbitrage médical doit s'appuyer sur des certitudes.

Mesdames, Messieurs,

Rester dans le réel et le possible, c'est suivre le conseil donné il y a deux mille ans par Hérophile, le célèbre anatomiste d'Alexandrie :

« *Par-dessus tout, le médecin devra connaître les limites de son pouvoir ; car celui-là seul qui sait distinguer le possible de l'impossible est un médecin parfait.* »

AUTRES TEXTES

Hippolyte Bernheim



Discours du jubilé : 1911

Je n'aurais pas de cœur, si je n'étais pas profondément ému par cette touchante manifestation. Le souvenir d'adieu que vous voulez bien m'offrir, chers élèves, chers collègues et tous chers amis, m'est d'autant plus précieux qu'il est l'œuvre d'un éminent artiste, mon ami Victor Prouvé. Mais le médecin, par devoir professionnel, ne doit pas extérioriser toujours ses sentiments intimes, il ne laisse pas transparaître les élans impétueux de son âme. Laissez-moi donc dire simplement à tous : Merci.

Quand on arrive au bout de sa carrière, et qu'on a devant soi les témoins et les collaborateurs de son existence, l'avenir n'est plus ; seuls les souvenirs du passé revivent, se déroulant avec un singulier éclat, comme un cinématographe vivant.

Je me vois enfant délicat, frêle, timide. Les années de l'école primaire et celles du collège, si longues, quand elles évoluent, paraissent si courtes, vues à travers le lointain. Autrement longues et encore présentes, paraissent les années de l'enseignement supérieur, pendant lesquelles l'enfant devient homme, mûrit de corps et d'esprit, acquiert les notions théoriques et pratiques qui formeront le substratum de sa vie scientifique et professionnelle. Qu'elles étaient belles et fécondes, ces années écoulées dans notre vieille Université

de Strasbourg, à l'ombre de la grande cathédrale, en cette cité patriarcale, pittoresque, suggestive, où il faisait si bon vivre, au milieu de cette population généreuse, débordante de cœur et de patriotisme français, pleine de verve humoristique, d'une saveur si particulariste, alsacienne et gauloise, laissant à tous ceux qui l'ont goûtée une impression ineffaçable telle, que deux anciens habitants de Strasbourg, qui ne sont pas connus, mais qui ont respiré la même atmosphère, viennent-ils à se rencontrer plus tard dans la vie, retrouvent une communauté de sentiments, et fraternisent dans le culte des souvenirs !

Et quels excellents maîtres et éducateurs ont dirigé mes premiers pas scientifiques et développé le germe de ma future expérience médicale ! Comme ils excellaient à infuser le sens clinique et la méthode, ces maîtres des hôpitaux, où je remplissais les fonctions d'externe et d'interne, Forget, Schutzenberger, Hirtz, Stoeber, Kuss, Sédillot, Bigaud, Herrgott et Hecht, dont quelques-uns sont encore présents à vos souvenirs ! Il m'a été donné, pendant ma scolarité à Strasbourg, de saluer l'aurore de grandes découvertes qui ont honoré la médecine française du dernier siècle : l'asepsie chirurgicale, dont le vrai précurseur fut Koeberlé, mon ancien maître et collègue de l'agrégation ; la contagiosité de la tuberculose, dont Villemain, alors répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire, couvait l'idée qui devait éclore plus tard au Val-de-Grâce ; et cette idée germait pendant les études histologiques sur le tubercule qu'il commença sous la direction de Morel. Rappellerai-je que Goze et Feltz, par leurs recherches mémorables sur les bactéries dans les maladies infectieuses, comptent parmi les précurseurs de la microbiologie ? Le mot microbe lui-même, a été créé par Sédillot ; il est d'origine strasbourgeoise.

Deux années à Paris, où Grisolle, Béhier, Trousseau, Auguste Ollivier, Cornil, Ranvier, furent mes principaux maîtres, puis mon concours d'agrégation, puis six mois à Berlin, où je suivis les leçons de Traube, Frerichs, Virchow, terminèrent ma scolarité médicale. J'étais agrégé stagiaire à la Faculté de Strasbourg. Vint l'année terrible et tout croula ! L'Alsace fut envahie ; un ouragan de feu

passa sur notre ville. Nos élèves et jeunes maîtres se dispersèrent ; les uns restèrent dans les ambulances de Strasbourg ; Gross fut de ceux-ci ; d'autres allèrent soigner les blessés de Wissembourg et de Froeschwiller ; je fus de ceux-là, et de nos ambulances de Haguenau, nous vîmes bombarder et brûler notre cité universitaire ; et quand, après la capitulation, je revins à Strasbourg, mon foyer était en cendres ; mes livres, mes effets, mon diplôme de docteur n'existaient plus. Nous repartîmes à travers la Suisse rejoindre l'armée française. A Lyon, je rencontrai, parmi quelques-uns de nos élèves, un jeune aide-major qui partait pour l'armée de l'Est, où il fit vaillamment son devoir. Il devint plus tard mon interne à Nancy ; il est aujourd'hui mon collègue ; c'est mon ami, le Professeur HERRGOTT.

Je partis avec mon regretté ami Christot, en qualité de chirurgien en chef adjoint de la 3e ambulance lyonnaise, attachée au 24ème corps d'armée ; nous soignâmes les blessés de Nuits et de Dijon, nous ramassâmes des Garibaldiens, des légionnaires du Rhône, des Poméranien, sur les champs de bataille. Une ambulance lyonnaise fut massacrée près de la nôtre ! Que ces souvenirs sont lointains et me paraissent si proches ! Puis vint le traité qui livrait notre pays à l'Allemagne, le transfert de notre Faculté à Nancy, son association avec l'ancienne École secondaire de cette ville.

L'adaptation nouvelle ne se fit pas sans tiraillements douloureux. Les souvenirs de Strasbourg étaient trop récents ; et notre nouveau champ d'enseignement clinique, l'hôpital Saint Charles, avait un aspect lugubre qui navrait le cœur. Nous trouvâmes chez plusieurs de nos collègues de Nancy une hospitalité qui rompit la glace. Rappellerai-je la petite maison modeste et harmonieuse de la rue Saint-Julien que charmaient d'excellentes auditions musicales et la parole spirituelle de Victor PARISOT ? Rappelons aussi l'accueil cordial que nous reçûmes de notre confrère, futur collègue et ami, SPILLMANN ; nous rencontrâmes enfin, parmi nos nouveaux confrères, des modèles de dignité et d'honorabilité professionnelle qui imposaient la sympathie.

Après avoir suppléé mon maître HIRTZ jusqu'en 1878, j'eus l'honneur de lui succéder dans sa chaire. Les années s'écoulèrent ; les générations d'élèves se suivirent ; les maîtres disparurent ; la Faculté se renouvela ; j'eus le bonheur de voir plusieurs de mes élèves devenir mes collègues ; ils sont autour de moi. Et nous voici, mon collègue GROSS et moi, venus de Strasbourg, jeunes agrégés, les derniers sur la liste, devenus, à notre tour, des doyens et des ancêtres. Ainsi va la vie !

La clinique a été la passion dominante de ma vie de professeur. Je constatai de bonne heure combien la science livresque reçoit de démentis au lit du malade ; la fièvre typhoïde, les maladies du système nerveux, les affections du cœur, m'apparurent un peu autres qu'elles ne s'étaient classées dans ma tête, à la suite des lectures ; si je rompis sur beaucoup de points avec le dogme classique, ce n'était pas, je pense, par esprit de contradiction, mais par esprit d'observation que je m'attachai à inculquer à mes élèves.

Je professais depuis treize ans, quand un incident se produisit, qui eut une influence décisive sur mon évolution scientifique. J'appris par hasard que, dans un faubourg de Nancy, un modeste médecin venu de la campagne, dont presque aucun confrère ne connaissait le nom, traitait gratuitement les malades par le sommeil provoqué et obtenait des cures. J'allai le voir, avec le plus grand scepticisme. Je connus LIEBAULT et sa méthode thérapeutique. Je vulgarisai et perfectionnai sa doctrine qui devint l'Ecole de Nancy.

Ce n'est pas sans lutte qu'elle se fit jour. Mes premières publications dans la *Revue médicale de l'Est*, en 1883, passionnèrent même la presse politique nancéienne. Le spirituel rédacteur du Progrès de l'Est qui fut cependant de mes amis, chercha à ridiculiser mes expériences. Dans la presse médicale, ce fut un concert de critiques vives chez les uns, la conspiration du silence chez les autres ; pas une voix approbatrice. Je prêchais dans le désert ou la tempête. Quand j'affirmai que le modeste Liébeault avait raison contre le plus illustre, et à juste titre, des neurologistes, quand j'établis que l'hypnotisme n'est pas une névrose hystérisiforme, comme la Salpêtrière le

professait, mais un simple sommeil provoqué par suggestion, quand je montrai que l'hypnotisme avait des applications thérapeutiques et n'était pas seulement un appareil de phénomènes curieux, sans applications pratiques, toute la Salpêtrière partit en guerre contre moi.

Nier un dogme scientifique, solidement établi, étayé par toutes les autorités médicales ! On critiqua mes expériences dépourvues, disait-on, de méthode, on railla notre thérapeutique. J'étais hypnotisé par mon enthousiasme. On m'attribua quelques exagérations et aberrations de notre doctrine qui n'étaient pas miennes ! Je dus braver un certain discrédit et certains sourires discrets de mes confrères. Quelques-uns pensèrent que j'avais déraillé de la voie scientifique. Je n'étais plus médecin, mais un vulgaire hypnotiseur, un thaumaturge ; certains le croient encore. Le mot hypnotisme et même le mot suggestion sonnent toujours mal aux oreilles du public et même des médecins souvent aussi peu éclairés que le public sur cette question ; c'est une pratique anormale, mystérieuse, dangereuse, qui dissocie les facultés de l'esprit ; c'est du cambriolage cérébral !

Et cependant, ce que je revendique surtout, c'est le mérite d'avoir dégagé la suggestion du mysticisme et de l'occultisme qui l'obscurcissaient, depuis l'ancien magnétisme, jusqu'à l'hypnotisme de Braid, et même jusqu'au sommeil provoqué de Liébeault. J'ai voulu établir que les phénomènes dits hypnotiques, ne sont que des phénomènes de suggestion, physiologiques, qui se produisent spontanément, et qui peuvent être réalisés expérimentalement à l'état de veille, sans manœuvres spéciales, grâce à une propriété inhérente au cerveau humain, la suggestibilité. Toute idée évoquée dans le cerveau qui l'accepte est une suggestion ; telle est ma formule.

J'ai cherché aussi à dégager la thérapeutique suggestive de l'ancien hypnotisme, j'ai créé la psychothérapie à l'état de veille, par les divers procédés de suggestion, parmi lesquels la persuasion verbale, et j'établis que cette thérapeutique ne s'adresse qu'à l'élément psychonerveux, au dynamisme psychique si fréquent dans les maladies. Aujourd'hui l'ancien hypnotisme de la Salpêtrière a fait son temps.

La lutte est presque terminée. Cependant, on n'accepte pas encore sans réserve ma conception de la suggestion, trop compréhensive, trop simpliste, dit-on. On accepte bien ma psychothérapie, mais on ne veut plus que j'en sois l'initiateur, parce que je l'appelle suggestion et que la suggestion serait toujours de l'hypnotisme à l'état de veille.

D'autres prétendent avoir inventé, à la place de ma thérapeutique suggestive, qu'ils disent thaumaturgique, la vraie thérapeutique psychique qu'ils disent seule rationnelle, puisqu'ils ne l'appellent plus suggestion, mais persuasion, comme d'ailleurs je l'ai appelée avant eux ! Chose singulière ! De grands articles parus dans les grandes Revues françaises attribuent à la psychothérapie une origine suisse; ils ne prononcent pas le nom de Nancy ; ils ignorent ce que j'ai fait et écrit depuis 28 ans. Ainsi va le monde ! Qu'importe ? La vérité reste ! La conception de la suggestion a fait ma philosophie, sans amertume !

J'ajoute que cette conception, graduellement mûrie dans mon esprit, a bouleversé et modifié beaucoup de mes idées cliniques. Si j'ai pu apporter quelques lumières dans l'étude du dynamisme psychique des maladies, dans le chaos obscur et confus de l'hystérie, des neurasthénies, des psychonévroses et même de l'aphasie, c'est à la doctrine de la suggestion que je le dois. Une maladie bizarre, que les anciens considéraient comme une fureur utérine, que les modernes appellent un monstre pathologique indéfinissable, maladie qui tord, convulsionne, suffoque, hallucine ou plonge en léthargie, dit-on, nombre de femmes et quelques hommes, l'hystérie, malgré son appareil impressionnant, n'est plus pour nous une maladie ; c'est une simple réaction psycho-nerveuse, que déchaînent, chez certains sujets, certaines émotions et que répète chez eux souvent l'auto-suggestion émotive. Et ces pauvres femmes, que, dans les siècles précédents, on exorcisait parfois, comme possédées, quand on ne les brûlait pas comme sorcières, qu'aujourd'hui on se contente d'isoler, de doucher, de bromurer à outrance, en vérité nous les guérissons, comme par enchantement, par la simple psychothérapie.

L'hystérie se cultive, comme beaucoup de modalités nerveuses. Dans les hôpitaux cliniques, l'exploration et l'expérimentation médicales agissant comme suggestion inconsciente, dans les services où beaucoup d'hystériques réunies fonctionnent de concert, l'entraînement et l'imitation perfectionnent et systématisent tout cet appareil étrange de phénomènes : c'est de l'hystérie de culture. Nous agissons en sens contraire, nous conjurons la crise, nous inhibons par l'éducation suggestive toute cette fantasmagorie nerveuse. L'hystérie est vaincue. Cela a été pour moi une grande surprise et une grande satisfaction dans ma carrière de psychiatre ! Que n'en est-il de même pour les neurasthénies et les psychasthénies ? Mais ce ne sont pas là, comme je le croyais autrefois, comme presque tous les médecins le croient encore, de simples modalités dynamiques, comme la crise d'hystérie, de simples représentations mentales que la persuasion peut effacer. Ce sont des maladies, des évolutions morbides autotoxiques souvent constitutionnelles, qui ont leur durée cyclique, qui sont rebelles à la suggestion, et ceci a été pour moi un enseignement et une déception, à mes débuts dans la psychothérapie. Et en dehors du domaine médical, que de graves questions sociales et humanitaires sont éclairées par l'étude du psychisme humain, à la lumière de notre doctrine et de nos observations ! Éducation des enfants, discipline et direction des instinctifs et impulsifs anormaux, aberrations collectives et psychologie des foules, responsabilité humaine, libre arbitre, hygiène morale et hygiène sociale, tous ces problèmes sollicitent impérieusement notre curiosité anxieuse. Mais il en est des vérités philosophiques, comme des vérités scientifiques. En les abordant au grand jour, on s'expose à froisser certaines vérités conventionnelles et officielles, à heurter des opinions accréditées depuis des siècles, comme des dogmes. Dans un grand congrès, à Nancy, j'ai pu moi-même en faire la douloureuse expérience.

Mais c'est assez parler de moi. Le moi est haïssable, dit-on. Pardonnez-moi d'avoir évoqué ces fragments de souvenirs personnels et permettez-moi d'ajouter, à ceux qui me concernent, un souvenir associé de l'évolution médicale qu'ont vécue ceux dont l'éducation a été contemporaine et un peu antérieure à la mienne.

Qu'elle était simple et modeste, la science médicale d'autrefois ! L'anatomie normale et pathologique, sans microscope, la physiologie, élémentaire, des notions de physique et de chimie qui n'avaient rien de médical, les pathologies interne et externe avec les cliniques, sans laboratoire, peu d'instruments, l'ophtalmologie sans ophtalmoscope, la laryngologie, sans laryngoscope, c'était à peu près tout ; et l'on comblait encore le vide scientifique par des joutes oratoires philosophiques sur le vitalisme et l'organisme, l'Ecole de Montpellier et l'Ecole de Paris, La chirurgie appliquée à la pathologie externe était, si je puis dire, à fleur de peau ; elle ne pénétrait pas dans la profondeur des organes, sous peine de mort. Vint Pasteur, et de son génie naquirent les théories microbiennes et l'antisepsie réalisée par Lister. Le bistouri put impunément s'attaquer aux viscères et empiéter sur le domaine médical. Malgré cet envahissement par la chirurgie conquérante, la médecine élargit son horizon ; elle s'agrandit par l'observation clinique mieux outillée et plus pénétrante ; elle s'agrandit aussi par les recherches de laboratoire, la bactériologie, la chimie, la physique, les nouvelles méthodes biologiques qui lui apportent une collaboration efficace ; éclairée par elles la clinique, science d'observation qui étudie l'évolution de l'homme malade, ne doit cependant pas être absorbée par elles ; elle ne doit pas abdiquer son autonomie.

Les éléments jeunes de notre Faculté apportent à notre Réunion biologique une large contribution à l'édifice nouveau en construction, encore un peu incohérent, comme l'art moderne, mais qui marque une date et renouvellera peut-être nos conceptions scientifiques. Aboutira-t-elle, comme couronnement de l'édifice, à agrandir notre thérapeutique encore dans l'enfance ? Les nouvelles générations verront-elles le triomphe de la lutte contre les maladies infectieuses et contagieuses ? Aurons-nous des vaccins prophylactiques et des sérums curateurs ? Créons-nous l'immunité contre les toxines microbiennes ? Pourrons-nous reconstituer le chimisme physiologique de l'organisme et combattre efficacement les dyscrasies toxiques constitutionnelles et acquises ? Souhaitons-le, avec la confiance que nous inspirent les merveilleux résultats déjà acquis, et saluons l'ère scientifique contemporaine, comme l'aurore

d'une thérapeutique nouvelle ! Que les sceptiques ne découragent pas les croyants ! Tant de miracles scientifiques s'accomplissent de nos jours !

Sans doute l'enfantement des idées nouvelles ne se fait pas sans labeur et sans agitation. Le champ médical, fouillé et défriché, toujours en mal de conceptions nouvelles, est encombré par une trop luxuriante végétation qui dépasse la capacité digestive et assimilatrice de nos jeunes futurs médecins. Nos Facultés ne sont plus uniquement, comme autrefois, des écoles professionnelles ; ce sont en outre des Facultés de sciences qui font, en dehors du domaine médical, des biologistes et des savants ; elles alimentent l'enseignement de l'Institut Pasteur, elles font de la science pure et appliquée.

Cette multiplicité d'enseignements qui jusqu'ici s'adresse aux seuls futurs médecins, au risque de les surcharger et de s'émietter, la réorganisation nécessaire de l'enseignement médical trop complexe, trop touffu, le recrutement du personnel enseignant, les concours d'agrégation, tout cela soulève des problèmes, excite des conflits ; les professeurs, les agrégés, les élèves, les praticiens, tout s'agite ; tous les intérêts scientifiques, scolaires, professionnels, altruistes, opportunistes et aussi égoïstes, entrent en jeu ! C'est humain ! C'est la concurrence vitale ! C'est la lutte incessante pour les intérêts idéalistes de la science et les intérêts matériels de la vie. Les institutions actuelles ne sont plus adaptées à la profonde transformation qu'ont subie les sciences médicales. Peut-être aussi ne sont-elles plus adaptées aux nouvelles conditions sociales ? Espérons que du choc des idées naîtra la lumière. Aujourd'hui, c'est encore la confusion.

Je termine, Messieurs et chers amis, en m'excusant d'avoir fatigué votre attention pour une conférence un peu incohérente qui sera ma dernière. Je laisse ma Clinique en toute confiance à mon cher Collègue ; elle ne périclitera pas entre ses mains. Sans doute, chers élèves, grâce aux récentes et futures découvertes de laboratoire, sera-t-il appelé à vous montrer une thérapeutique plus efficace que la

mienne, et à guérir le scepticisme que mon ignorance vous a peut-être inoculé. Je le souhaite de tout cœur, sans jalousie rétroactive. Je laisse notre Faculté entre les bonnes mains de notre excellent ami et Doyen, et l'Université florissante, administrée par notre éminent Recteur qui lui a donné tout son cœur et toute son intelligence. Elle restera toujours l'Université modèle, avec notre Faculté de médecine, comme un des plus beaux fleurons de sa couronne !

Je ne vous dis pas adieu, car, de près comme de loin, je vivrai toujours avec vous. Et si Dieu me prête vie, je compte venir quelquefois me réchauffer au foyer scientifique de notre « *alma mater* » nancéienne !

Jacques Parisot



Discours prononcé à l'occasion d'un hommage solennel : 1957

Prenant la parole pour la dernière fois, je pense, dans cet amphithéâtre, je voudrais évoquer par quelques très brèves considérations un sujet qui m'apparaît d'importance primordiale, dont je me suis toujours préoccupé aussi bien comme Professeur d'Hygiène et de Médecine Sociale que comme actif participant à l'action sanitaire et sociale sur le plan national et international : la formation du médecin. Les institutions médicales, comme toutes autres, doivent s'adapter et se perfectionner sans cesse vis-à-vis des situations nouvelles, impressionnées qu'elles sont et modifiées qu'elles doivent être par les acquisitions fécondes dont, depuis un demi-siècle tout particulièrement, s'est enrichie la Science médicale au profit de l'art de guérir, de prévenir la maladie, comme de conserver et de développer la santé physique et mentale, aussi bien que par le progrès social dont les constructions nouvelles visent à assurer de mieux en mieux la sécurité nécessaire à la vie des populations.

L'Economie nationale a pour base l'Economie humaine : travail, production, force d'un pays sont en étroit et réciproque rapport avec

la richesse du capital-santé de sa population. A cet égard donc le rôle imparti au corps médical tout entier se manifeste primordial.

Ainsi, à côté de la médecine dite « de soins » la médecine préventive et sociale constitue une étape logique dans l'évolution de la Science médicale. La Médecine sociale, en particulier, qu'il ne faut pas confondre avec la médecine socialisée, c'est-à-dire étatisée, somme d'action sanitaire et sociale, a pour programme fondamental la protection et le développement de la personnalité humaine considérée à la fois comme valeur économique et comme valeur spirituelle. Or, je l'ai dit et écrit bien des fois et ce n'est pas une vue théorique mais une conclusion tirée de l'expérience pratique, la protection d'une population, quelles que soient les modalités de son organisation ne requiert pas seulement l'intervention de techniciens, les uns médecins hygiénistes constituant le corps des fonctionnaires sanitaires chargés, suivant l'expression consacrée, de « l'Administration de la Santé publique », les autres médecins spécialisés dans les divers domaines de la Médecine sociale, phtisiologie, vénéréologie, pédiatrie, hygiène mentale, etc... Mais elle repose également sur la coopération du Corps médical dans son ensemble, sur l'activité journalière du médecin praticien, auprès de la famille comme vis-à-vis de la collectivité, apportant le concours technique, moral, social que réclame cette protection moderne. Il faut donc conclure que les besoins de celle-ci doivent être pris en considération dans l'élaboration et le perfectionnement continu des programmes comme des méthodes d'enseignement : en fait, la politique sanitaire et sociale d'un pays appelle une politique rationnelle et logiquement appropriée d'éducation médicale. On conçoit ainsi que si l'enseignement de la médecine concerne spécialement le Ministère responsable de l'Education Nationale, d'autres Ministères et Institutions ne peuvent s'en désintéresser. Et il m'apparaît particulièrement louable, qu'en plus de la Commission de réforme de cet enseignement, travaillant à cette étude depuis cinq ans au Ministère de l'Education nationale, ait été créé en septembre dernier un comité interministériel pour l'étude de ce problème, placé sous la présidence de mon collègue et ami le Professeur Debré et où se trouvent associés les représentants des Ministères de l'Education

Nationale, des Affaires Sociales, de l'Intérieur, des Affaires Economiques, des Secrétariats d'Etat à la Santé et à la Population, du Travail et de la Sécurité Sociale, enfin de la présidence du conseil pour ce qui touche spécialement à cette question capitale de la recherche scientifique.

Cependant, sans attendre cette réforme qu'on doit espérer rapide, depuis vingt-cinq ans, je me suis efforcé de répondre à ces grandes indications, appuyé par des concours multiples, et visant en particulier à appliquer les directives principales suivantes, très brièvement esquissées. Il faut que d'une façon générale, sans cesse l'esprit de l'étudiant soit orienté vers l'aspect préventif et social de la médecine, et non exclusivement vers la médecine curative. S'il est normal que nos élèves soient renseignés sur les examens de laboratoire de plus en plus nombreux, sur les thérapeutiques également abondantes mais souvent coûteuses qu'ils pourront utiliser dans l'exercice de la profession, il paraît aussi rationnel qu'ils soient mis en garde contre leur abus. Sage leçon que d'enseigner l'économie, sans qu'en soit diminuée l'efficacité de l'acte médical, sage indication aussi que de les incliner à voir, dans le malade, non pas « un cas » ou le « numéro d'un lit », mais l'homme vis-à-vis de son passé et de son avenir, en tant que lui-même et au regard de sa famille et de la collectivité.

Les enseignements de pédiatrie, d'obstétrique, de phtisiologie, de vénéréologie, d'hygiène mentale, de cancérologie, etc.... si on en oriente logiquement la portée, constituent des enseignements cliniques, sans doute, mais aussi de médecine préventive et sociale. Et de même que les services hospitaliers constituent un indispensable champ d'apprentissage, tous les éléments principaux de l'équipement sanitaire et social doivent être utilisés dans le même but. Il faut en particulier que la Faculté puisse posséder ou utiliser par coopération les Centres qui permettront au mieux à l'étudiant renseignement requis en même temps que le travail en équipe avec les techniciens et le service social qui les animent. Par ailleurs, la Chaire d'hygiène de médecine préventive et sociale (peu importe sa dénomination) ne doit pas être chaire théorique. Basée avec avantage sur un Institut

d'hygiène universitaire qui, par ses Laboratoires et ses Services techniques, apporte un concours à la Santé publique dans le cadre local ou régional, en collaboration étroite avec les Centres de protection sanitaire et les Institutions sociales, elle ouvre ainsi au professeur et à ses collaborateurs un domaine d'action pratique, celui de la collectivité humaine tout entière, action dont peuvent bénéficier tout à la fois leur enseignement et leurs élèves. C'est bien suivant une telle politique mise en œuvre avec lui que mon successeur et ami, le Professeur MELNOTTE continue avec une équipe dynamique à développer une féconde action. Les activités de beaucoup de nos collègues ont été ainsi associées à l'Office d'Hygiène Sociale que je préside depuis plus de trente ans, à ses Centres médico-sociaux, en collaboration étroite avec la Direction de la Santé et de la Population et en spéciale union avec les Institutions de Sécurité Sociale. L'occasion m'est donnée de rendre hommage à tous ceux qui collaborent depuis tant d'années à cet ensemble coordonné spécialement aux activités de l'Office d'Hygiène Sociale, sans omettre le corps des médecins praticiens, ainsi bien formés comme étudiants, qui, par leur concours confiant et qualifié apportent à l'action de celui-ci une large part de sa force et de son succès.

De plus en plus, par une entente logique entre les Ministères de la Santé, du Travail et de la Sécurité Sociale, dans le cadre d'une législation moderne, se créent des centres de réadaptation des diminués physiques, réadaptation fonctionnelle précoce en vue d'une réadaptation professionnelle et sociale appropriée. Lorsque la Caisse régionale de sécurité sociale du Nord-Est a pris l'initiative de créer à Nancy un Centre de réadaptation de conception moderne et originale, dont il faut sincèrement la féliciter, l'esprit d'entente qui règne ici a permis d'établir une logique et nécessaire coordination technique entre le Centre de la Sécurité Sociale, le Centre Hospitalier Régional et les Sections de réadaptation qui y furent réalisées et la Faculté. Bien plus, le Directeur Général de ce Centre est le titulaire de la Chaire de Médecine du Travail et de Réadaptation créée il y a quatre ans, solution avantageuse permettant le développement en ce domaine d'un enseignement complémentaire théorique et pratique, aux étudiants et de perfectionnement aux praticiens susceptible de

susciter la collaboration avertie du corps médical à l'effort utile entrepris par la Sécurité Sociale.

Ces quelques exemples prouvent que la Faculté de Médecine, pour la modernisation de son enseignement, comme pour l'utilisation rationnelle des activités techniques précieuses qu'elle peut mettre en œuvre au profit de la collectivité, ne doit pas vivre en quelque sorte repliée sur elle-même, dépourvue de contacts, mais j'entends bien de contacts pratiquement organisés, avec le Corps des praticiens, les services sanitaires et sociaux, la Sécurité Sociale ; il importe que, par intérêt réciproque, elle soit introduite activement dans le circuit général de l'action, développée au profit de la santé des populations de sa région.

Est-il anormal de voir cette expansion de la Faculté de Médecine dans le domaine de l'économie sanitaire alors, pour en effleurer seulement certains exemples locaux, que de longue date la Faculté des Sciences, par ses grandes Ecoles, apporte non seulement dans la région mais sur une beaucoup plus vaste échelle, les concours techniques les plus appréciés. Alors que l'Université elle-même, depuis les créations du Recteur Capelle, développées par le Recteur Mayer à la mesure, cependant encore insuffisante, de leur intérêt et de leur succès, nous offre les réalisations du Centre Européen Universitaire, et du Centre Universitaire de Coopération économique et sociale, futur noyau, je le souhaite, autour duquel s'aggloméreront des organisations techniques complémentaires.

Bien préparé par un enseignement approprié, conscient de « l'Unité de la médecine », le praticien ne comprendra-t-il pas mieux le rôle qu'il peut et doit jouer dans la vie contemporaine, se rendant compte que, dans son action peuvent s'associer, en proportions variées, médecine individuelle et médecine collective, dans l'application même de la médecine préventive, curative et sociale.

Rejoignant l'humanisme dans sa culture de la personne et l'économie humaine dans son souci du rendement en valeur de santé, de travail, de bien-être, de vie, la Médecine Sociale, partie intégrante de la

Médecine d'aujourd'hui, loin de viser à la disparition de la médecine individuelle, en multiplie l'efficacité pour couronner son effort séculaire vers la santé de tous. Inspirée, certes par des directives générales applicables en tous lieux, elle doit cependant s'adapter aux conditions et aux nécessités locales. En outre, elle ne saurait se targuer d'une définitive stabilité ; vivante, elle échappera à tout cadre rigide et à toute routine stérilisante, s'efforçant de rechercher les solutions pratiques que réclament les problèmes posés sans relâche par la vie et la situation nationales, d'orienter et de perfectionner ses interventions à la lumière du progrès médical et social. Mais sa mission et ses devoirs imposent que, dans ses applications collectives, elle n'en procède pas moins vis-à-vis de chacun suivant les règles de la médecine individuelle, dans le respect de la liberté et de la dignité personnelles comme des principes de la Charte Médicale, et que, pour être sociale, elle n'en reste pas moins avant tout foncièrement humaine.

En dehors de sa collaboration dans ce cadre organisé, le médecin, dans l'exercice de sa pratique journalière, individuelle, se doit aussi d'intervenir non comme hier uniquement dans un but curatif, mais également au double point de vue préventif et social. Le malade est une unité, sans doute, mais au milieu d'une collectivité : la famille, l'atelier, la cité. Une médecine qui poursuivrait son but propre sans tenir compte de l'ambiance et des influences réciproques qui en résultent, sans se soucier de savoir si elle contribue au maintien ou à la destruction de la famille, serait insuffisante, et dangereuse pour la Société. De même qu'il doit avoir l'esprit d'observation, le sens clinique, le médecin doit aujourd'hui posséder, de plus en plus, une formation qui lui permette de prendre en considération l'influence du milieu social au même titre que celle du milieu physique.

Ainsi la Médecine, surpassant chaque jour davantage les limites de l'action et des responsabilités qui normalement lui sont imparties pour la sauvegarde de la Santé, ne peut demeurer étrangère aux transformations sociales du monde moderne ; elle doit s'y associer et participer, de façon constructive, à l'essor de la Société. En vue d'une

telle orientation et pour une telle qualification des futurs praticiens, une Faculté de Médecine doit savoir prendre ses responsabilités.

Peut-être, à l'exposé volontairement restreint de conceptions et de réalisations qui m'apparaissent logiquement répondre à quelques impératifs des temps que nous vivons, certains critiques, plus imbus de formalisme qu'inspirés par un esprit clairvoyant, constructif et social, objecteront-ils que c'est là s'écarter du rôle traditionnel imparti à une Faculté de Médecine.

Certes je sais bien qu'il est de mode aujourd'hui, pour certains, de vouloir paraître jeunes en perdant le souvenir des Anciens, comme si pour devenir un peuple jeune, il fallait oublier son passé, alors qu'en vérité le nôtre, que beaucoup nous envient, doit demeurer la source fortifiante du présent. En cette région lorraine et spécialement dans cette Maison, nous ne désirons être jeunes qu'en demeurant fidèlement attachés à ceux qui nous précédèrent, comme aux traditions qu'ils nous transmirent.

Car, ce n'est point dire qu'une respectueuse mais rigide observance des habitudes anciennes doive s'opposer à une évolution rationnelle des esprits et de Faction vis-à-vis de circonstances et de nécessités nouvelles. Qu'ainsi soient empêchées des réformes, des mesures légales, des activités inédites et sans doute peu conformes au statut réglementaire de nos Etablissements d'Enseignement, utiles cependant pour le présent et en vue de l'avenir et dont, en vérité peuvent dépendre les modalités de l'exercice, la valeur de la médecine française et l'intérêt général de la Santé et de l'Economie nationales. Nos traditions sont trop riches d'exemples et de vertus pour qu'elles n'inspirent pas les esprits dans cette recherche de la modernisation de nos efforts et sans qu'atteinte soit portée à la dignité de notre action vis-à-vis des structures nouvelles imposées, pour le bien public, par le progrès social.

En vérité les transformations du monde moderne, découlant de la conjoncture économique et sociale, des progrès immenses en tous domaines, des besoins et des aspirations des collectivités, ne peuvent

manquer d'intéresser la profession médicale, et spécialement nos Facultés. Or cette évolution, d'autant plus inexorable qu'elle ne concerne pas seulement notre pays mais l'ensemble du monde, faut-il s'en désintéresser au risque de s'exposer un jour, inéluctablement, à subir les conséquences de mesures hâtives répondant à ses impératifs, insuffisamment méditées quant à leur efficacité et à leur répercussion. N'est-il pas logique au contraire d'étudier attentivement les transformations en cours et celles à venir, de leur apporter un soutien rationnel en envisageant suffisamment à temps, dans la réflexion et la sagesse, les solutions et les activités nouvelles qui s'imposent, telles aussi que soient évités des bouleversements capables de nuire à l'avenir de la Médecine.

Ainsi que je l'esquissais précédemment, notre Faculté s'est engagée dans cette voie ; l'avenir prouvera, j'en ai la profonde conviction, que se faisant, elle répond, dans l'ordre et la mesure, à cette haute mission qu'est la promotion du progrès médical et social. Je suis certain que cette vieille Maison, sans cesse rajeunie par l'animation de ses maîtres et par l'émulation de ses élèves, poursuivra sa marche ascendante dans la dignité de ses traditions et en complète harmonie avec les Facultés dont l'ensemble fait la juste renommée de notre Université. Je souhaite que, par le rayonnement de son enseignement et la valeur de ses recherches, elle manifeste toujours davantage la vitalité de son ardeur et de son enthousiasme consacrés au perfectionnement scientifique et à l'honneur de la Médecine française, qu'enfin elle persévère dans le concours apprécié qu'elle apporte à l'effort solidaire et confiant mené par le Corps Médical et les Institutions d'Action Sanitaire et Sociale, au service de la Santé et du bien-être des populations laborieuses de notre région lorraine.

André Bodart



Discours de réception à l'Académie de Stanislas : 1959

La désacralisation de la médecine

L'époque que nous avons l'infortune, à moins que ce ne soit plutôt l'insigne privilège, de vivre, n'est faite que de déchirements et de contradictions. Nul doute que ce thème, d'allure prophétique, n'ait, depuis des siècles, inspiré d'innombrables orateurs en mal d'effet littéraire ; mais qui songerait à nier qu'il ne soit de nos jours singulièrement justifié. Les tournants dangereux n'ont certes pas manqué dans la marche hésitante et désordonnée de l'histoire ; mais celui que nous sommes en train de prendre nous paraît à bon droit particulièrement impressionnant. Jamais l'homme n'avait comme aujourd'hui éprouvé un tel bouleversement de ses valeurs intellectuelles et morales, un tel effondrement de ses certitudes, une telle mutation de ses manières de penser et de sentir. Le fantastique accroissement de la science est le vrai responsable de ces ébranlements et si l'on voulait par un seul mot caractériser au plus juste leur signification profonde, c'est celui de désacralisation qu'il conviendrait de choisir. La science n'a certes pas exorcisé le mystère de l'univers, bien au contraire ; elle n'a fait

que l'approfondir, le rendre plus noir, plus angoissant que jamais : mais ce mystère n'est plus un mystère sacré et c'est précisément pourquoi, privé du contrepoids qu'était la foi en une divinité tutélaire, il est devenu une source de désespérance.

Comment la médecine aurait-elle pu échapper à cette refonte des valeurs fondamentales, puisque son action est précisément celle qui touche l'homme au plus profond de lui-même, dans ses réactions les plus élémentaires, son désir irrésistible de vivre, sa peur instinctive de la mort. Et, il est de fait qu'elle traverse une crise sérieuse. Il n'est bruit que de ses succès spectaculaires ; sa puissance ne fait que grandir : elle revêt même de plus en plus l'aspect d'une puissance magique qui déclenche tour à tour espoir et peur. Mais les réactions psychologiques qu'elle suscite dans l'âme de ceux qui souffrent ne font qu'aller se dégradant. Jadis, la profession de médecin était une de celles auxquelles on ne touchait pas. Le médecin de village ou de quartier était le plus souvent un personnage inamovible et sacré, comme le prêtre et pins encore que le notaire ou l'avocat : on parlait à propos de lui, d'apostolat et même de sacerdoce, mots qui résonnent étrangement aujourd'hui. Alors que les autres professions n'ont pas été sensiblement affectées, du moins dans leur essence, celle du médecin est devenue le point de mire de la critique et la plus vulnérable. C'est que la médecine, elle aussi s'est désacralisée et c'est là sans doute la raison profonde du malaise qu'elle ressent depuis le début du siècle et qui ne fait que grandir.

L'acte médical, selon le Professeur Portes, serait la rencontre de deux hommes libres, une confiance allant à la recherche d'une conscience. Cette définition, en apparence assez heureuse, a fait fortune : écrits et discours médicaux l'ont, ces dernières années, reproduite à satiété. Malheureusement, et on l'a fait remarquer déjà, elle n'est qu'un truisme ; elle pourrait s'appliquer à n'importe lequel des actes de la vie sociale ; tous, ou presque, comportent une sorte d'engagement réciproque, une confiance qui suppose une conscience. Il n'y a rien là qui différencie l'acte médical et lui donne sa vraie valeur. Au surplus, cette formule est beaucoup trop subjective ; elle ne tient compte que des sentiments des protagonistes, alors qu'en réalité ce qui fait

l'originalité foncière de l'acte médical, c'est son caractère sacré, et cela indépendamment de la valeur psychologique et morale de ses auteurs. Le but qu'il poursuit transcende le médecin comme le malade, de même que l'acte religieux du prêtre transcende la personne de ce dernier.

Pour bien s'en rendre compte, il suffit de se remémorer les origines sacerdotales et magiques de la médecine. Pour l'Assyro-babylonien par exemple, la santé n'est sauvegardée que par la présence de Dieu auprès de l'homme et même en lui, comme semble le suggérer le texte connu : « *Son Dieu est sorti de son corps ; sa déesse pleine de sollicitude s'est tenue à l'écart* ».

La maladie a presque toujours pour origine le péché, conscient ou inconscient d'ailleurs. Le Dieu irrité ou bien punit lui-même le pécheur ou le plus souvent se contente de s'écarter de lui, laissant alors les démons malfaisants s'installer à sa place. Mais la maladie peut avoir aussi une cause purement magique, déclenchée par les maléfices d'un sorcier. La magie, en effet, a un pouvoir illimité, elle peut contraindre le Dieu lui-même, si le sorcier connaît l'incantation efficace. Le médecin lui aussi se sert de la magie dans le traitement ; il a à sa disposition d'innombrables formules de rites ; il use de médicaments qui le plus souvent seront choisis pour rebuter le démon et le forcer à s'enfuir ; d'où cette pharmacopée repoussante et nauséabonde qui survivra d'ailleurs jusqu'aux temps modernes. On retrouve évidemment les mêmes croyances dans toutes les civilisations primitives. Sans doute, chez les Egyptiens, le papyrus médical de Schmitt, antérieur à 1600 avant notre ère, a-t-il déjà une allure scientifique, analogue à celle du papyrus de Rhind, à peu près de la même époque, pour les mathématiques. Tous les deux peuvent être considérés comme les premières manifestations de l'esprit scientifique et logique. Malheureusement, ce papyrus de Schmitt ne parle que de chirurgie, ce qui diminue singulièrement son intérêt. En effet, les affections dont il traite sont si évidemment d'origine naturelle (traumatismes par exemple) que le recours à la divination pour le pronostic, à la religion et à la magie pour le traitement, s'exclut de lui-même. Il

faut noter en effet que déjà chez les peuples préhistoriques, la technique chirurgicale témoignait d'un esprit rationnel très hardi dans ses entreprises. Rien de tel pour la médecine interne qui n'a commencé à sortir des limbes qu'à la période hippocratique ; ce qui ne veut pas dire qu'elle se soit alors débarrassée de toute la magie, qui était jusque là son fondement essentiel. L'esprit positif et matérialiste des Grecs les rendait sans doute favorables à la recherche des causes rationnelles dans le domaine des sciences physiques ; mais pour tout ce qui concerne la vie, la mort, le destin et l'au-delà, cet esprit scientifique à son aurore faisait volontiers place aux forces obscures des mystères.

Que dire du Moyen-âge si épris de merveilleux ? Il eut sans doute, surtout au XIII^{ème} siècle, des savants véritables: mais comparée à ce qu'avait été la médecine à certaines époques de la Grèce et même à la période romaine, à ce qu'elle était encore à Byzance et dans les grandes écoles arabes, la médecine des clercs resta proche de l'enfance: elle ne sut point se libérer d'une foule de superstitions et d'idées magiques dont les écrits de ce temps nous apportent d'innombrables exemples. Et depuis, surtout dans les campagnes, la figure de la médecine n'a pas tellement changé jusqu'à l'époque contemporaine. Il n'est que de lire les remarquables livres de votre éminent collègue M. Delcambre, pour voir qu'au XVI^{ème} siècle les croyances médicales populaires ne devaient pas être tellement différentes de celles des primitifs.

Quand on étudie ainsi cette histoire de la médecine dans les civilisations anciennes, chez les peuples actuels dits non civilisés et aussi chez tellement de représentants de ceux qui se targuent de l'être, on donnerait presque raison à Sir James Frazer pour qui la seule foi vraiment universelle, c'est la croyance au pouvoir de la magie. Nul doute en tout cas que cette dernière n'ait joué un rôle primordial dans les sociétés primitives. Révolte contre l'impuissance, elle a sauvé du désespoir l'homme ignorant, en proie aux forces hostiles et à la souffrance. Nul doute qu'incantations et conjurations n'aient exercé sur l'esprit des malades une action salutaire, parfois

curatrice, le plus souvent consolatrice. Mais on aurait tort de croire son règne totalement révolu, comme le laisserait croire la filiation schématique connue : magie, religion, science, ou plutôt, selon l'école sociologique française : religion, magie, science. Nous devrions d'après elle avoir dépassé pour toujours le stade infantile, prélogique.

C'est sans doute vrai pour toutes les sciences autres que la médecine ; mais pour cette dernière, qui met en branle les instincts fondamentaux et les réactions affectives les plus profondes de l'homme, le schéma est certainement faux. Ce n'est pas à une filiation que nous avons affaire, mais à une coexistence parallèle, de trois états : religieux, magique et rationnel, avec évidemment des prédominances variables selon les époques. Nous vivons précisément une période où le côté rationnel et purement scientifique de la médecine a subi un prodigieux développement et ou pourtant, sans doute même à cause de cela, le côté religieux ou plutôt magique a une tendance de plus en plus puissante à reprendre la place qu'il avait perdue.

Sous quelles influences, l'acte médical, frustré de son caractère sacré, arrive-t-il à trouver dans d'étranges avatars une indispensable compensation ? C'est ce que nous allons essayer de voir rapidement. Nous avons dit que ce qui faisait le sens sacré de l'acte médical, ce n'était pas la qualité psychologique de ses protagonistes, mais sa nature profonde, religieuse ou magique. Il est donc peu probable a priori que le médecin lui-même soit responsable, du moins en tant qu'homme, de sa dégradation. On fait en effet souvent allusion à la perte du sens moral du corps médical et on aurait volontiers tendance à voir là une cause fondamentale de la viciation du colloque malade-médecin. Je crois qu'il n'y a là, en réalité, qu'un à-côté tout à fait accessoire du problème. Le médecin sans doute n'a aucune raison mystérieuse d'échapper totalement à cette sorte d'affaiblissement moral qui caractérise, entre beaucoup d'autres choses, notre charmante époque ; je reconnais que cette déchéance, si faible soit-elle, apparaît chez lui plus scandaleuse que partout ailleurs, sa profession ou plutôt son ministère ne pouvant par définition la tolérer. Je reconnais même, parce que c'est trop évident, que les qualités morales et même intellectuelles des médecins ne

sont pas toujours ce qu'elles devraient être et que les brocards ou les mots féroces prononcés à leur endroit sont parfois justifiés. Bernard Shaw, par exemple, n'a-t-il pas écrit : « *le chloroforme a fait beaucoup de mal, il a permis à tous les imbéciles d'être chirurgiens* ».

Mais tout cela, encore une fois, n'atteint pas l'essentiel. Ce dernier est dans l'évolution profonde de la médecine elle-même, dans sa prétention de se hausser au rang des sciences exactes où la technique seule est efficiente : « *De plus en plus, dit le Professeur Vallery-Radot, on s'achemine vers une médecine standardisée, les qualités intellectuelles et morales du médecin s'effacent devant une technicité anonyme.* » Cette technique, effectivement, a déjà triomphé de bien des maladies, ne serait-ce que des infectieuses qui bientôt ne seront plus que du domaine mythique, comme l'est un peu pour nous la variole ou la peste. Mais il reste encore, à peine entamé et même s'amplifiant de plus en plus, le domaine des maladies dégénératives, comme la sclérose artérielle ; maladies prolongées qui font davantage souffrir. Il reste enfin et surtout l'immense terrain vague de la pathologie fonctionnelle, celle qui ne repose sur aucune lésion définie ; elle est due aux dérèglements de l'ensemble de la machine humaine, sous l'influence d'une foule de facteurs : nerveux et hormonaux, eux-mêmes mis en branle par les contraintes excessives d'une vie trop harassante, les chocs émotionnels innombrables venant de tous les horizons.

Pour toute cette pathologie, qui concerne au moins les deux tiers des malades, la médecine actuelle, il faut bien le dire, est à peu près impuissante. Le médecin ne connaît bien que les maladies qui sont décrites dans ses livres, sous forme d'entités autonomes ; il a été élevé sous le signe de l'anatomie pathologique, de la toxicologie, de la microbiologie et il ne comprend clairement les choses que sous la forme d'une lésion à enlever, d'un poison à éliminer, d'un microbe à détruire. Certes, il sait bien en gros que les modes de réagir sont éminemment variables selon les individus ; mais la cause provocatrice du mal, il la conçoit comme une cause matérielle, définie, même quand elle est difficile et presque impossible à dépister. S'il ne trouve rien, il se refuse à voir là une maladie véritable et il se contente de dire, avec un dépit plus ou moins irrité,

que c'est nerveux. Il a peut-être raison dans l'absolu ; mais au point de vue psychologique et sous l'angle du malade, il a tout à fait tort. Ce qui intéresse le malade, en effet, ce n'est pas la science médicale, c'est la guérison et non seulement des maladies graves mais aussi des misères sans nombre et sans nom qui empoisonnent son existence. Le médecin pense naïvement qu'il est tout de même plus important de ne pas mourir de typhoïde que de guérir de troubles fonctionnels vagues, pénibles mais sans danger. Or, tel n'est pas du tout l'avis du malade. Pour tous ces troubles, le médecin préconiserait volontiers l'abstention thérapeutique proprement dite et l'obéissance à de sages prescriptions d'hygiène, concernant l'alimentation, le travail, le repos physique et moral. Malheureusement cette conduite raisonnable est la plus difficile de toutes ; elle nécessite de gros efforts de la part du patient ; elle est même, il faut bien l'avouer, souvent impossible, compte tenu de la structure de notre société actuelle. Il paraît donc beaucoup plus simple au malade d'user de la pharmacopée si riche mise à sa disposition. Le médecin, d'abord réticent, est bien obligé de se laisser faire et il prescrit, le plus souvent un peu malgré lui. C'est pour cette pathologie fonctionnelle que se fait alors la plus effroyable débauche de médications hétéroclites ; le malade, toujours insatisfait, obligeant son médecin à chercher toujours autre chose : car enfin il doit tout de même exister, le remède adéquat, le remède magique adapté à son cas. Il oublie hélas que le produit chimique, à formule dévoilée et en vente pour tous dans n'importe quelle pharmacie a perdu toute puissance magique ; la valeur curatrice d'un remède magique ne réside pas dans sa nature chimique, bien indifférente, mais dans la qualité très particulière de l'acte qui le distribue. La pharmacopée officielle n'a aucun de ces pouvoirs ; elle a par contre des inconvénients certains ; elle est parfaitement capable, à elle seule, de déclencher de nouvelles séries de troubles sans fin ; tel est en effet le cercle vicieux dans lequel s'enfoncent désespérément tant de malades. A moins que lassés un jour, ils aillent chercher ailleurs un soulagement à leurs maux. C'est la solution adoptée par des millions d'entre eux qui, tout en recourant à la médecine officielle pour les cas où manifestement elle triomphe (avec les antibiotiques par exemple), s'adressent pour

le reste aux médecines parallèles, soi-disant scientifiques encore ou même et plutôt aux méthodes purement empiriques, proches parentes de celles des primitifs.

Ainsi donc, l'évolution scientifique de la médecine, par un processus inéluctable, suffirait à elle seule à porter un coup mortel au caractère religieux ou magique de l'acte médical ; mais d'autres facteurs viennent accélérer encore cette désacralisation. Ils ne concernent pas l'acte lui-même, dans son essence intime, mais l'atmosphère psychologique qui l'entoure. La maladie par elle-même provoque le retour aux modes affectifs de l'enfance, une attitude de soumission, de dépendance et d'appel, réactions évidemment d'autant plus vives que la sensibilité du malade est plus exacerbée. Or, cette sensibilité, chacun le sait, est mise de nos jours à rude épreuve. L'angoisse, a-t-on dit, imprègne notre époque et prend la place de l'esprit de foi. Cette immense inquiétude qui domine la psychologie de nos contemporains, suscite naturellement un besoin plus impérieux d'épanchement, d'abandon, de confiance, dans le désarroi supplémentaire que crée la maladie.

Malheureusement, ce besoin risque de plus en plus de ne pouvoir être satisfait. On exige du médecin les qualités du savant ; or ce dernier, a-t-on dit très justement, est le moins préparé de tous aux relations humaines ; pour lui, en effet, seule compte l'objectivité. Le malade, devenu un objet comme les autres, se sent regardé au sens sartrien du terme, et c'est là pour lui une situation psychologique extrêmement désagréable. Surtout si le médecin ne sait pas résister à la tentation naturelle et redoutable de l'orgueil que lui suggère le sentiment de sa force faisant face à l'angoisse de l'infériorité. Même en toute bonne foi, il peut céder à l'envie d'exploiter dans un but thérapeutique cette sorte de transcendance, considérée comme un élément de psychothérapie favorable. C'est peut-être là l'excuse de la pontification de certains médecins, chefs de Services hospitaliers, du moins d'autrefois, car aujourd'hui cet état d'esprit est bien périmé. Toujours est-il qu'à l'hôpital le malade reste encore au maximum dépersonnalisé, atteint dans son être, dépouillé de tout. On a écrit bien des choses, avec quelques exagérations d'ailleurs, sur ce sujet.

Bien d'autres facteurs interviennent encore qui tous tendent à vicier profondément le contact du médecin et du malade, à creuser de plus en plus le fossé qui les sépare, ou plutôt à interposer entre eux ce qu'on a appelé les écrans, écrans techniques surtout : multiplicité des examens de laboratoire et de spécialités avec l'intervention de multiples personnages anonymes qui n'ont avec le malade que des contacts furtifs et qui fragmentent en quelque sorte l'acte médical en une poussière d'actes impersonnels et sans âme ; écrans administratifs aussi avec toutes les contraintes de la médecine de groupe, sa paperasserie rebutante, ses tracasseries sans nombre. Tout concourt à détruire le charme, à faire barrage à la sympathie profonde qui pourrait attacher le malade à son médecin, par ailleurs lui-même si peu disponible, trop absorbé par les charges harassantes d'une médecine de type industriel. Le malade frustré se détourne, à la prochaine occasion, de son médecin pour aller chercher ailleurs de quoi satisfaire son goût du mystère. Ainsi s'explique l'in vraisemblable développement de toutes les médecines para-scientifiques les plus irrationnelles, apparentées de très près à celles de la magie primitive. On ne peut que rester confondu devant l'inimaginable crédulité de l'homme d'aujourd'hui, quels que soient d'ailleurs son rang social et son niveau de culture. Les psychologues, les moralistes ont beau jeu d'épiloguer sur ce phénomène extraordinaire et d'y voir une des caractéristiques de ce que M. Gabriel Marcel appelle : « *le processus général de sécularisation et de désacralisation de la pensée humaine* ». Ciampi a eu raison de mettre en exergue à son film sur les guérisseurs la phrase de Las Case : « *On n'a jamais tant cru à tant de choses que depuis que l'on ne croit plus à rien* ». Le malade déçu devient sceptique, il joue à l'esprit fort, il ne croit plus à la médecine dit-il, ce qui l'autorise à croire à beaucoup d'autres choses plus singulières. Le développement exagéré de la science moderne finit par le lasser ; il ne s'étonne plus de rien ; de là à croire à n'importe quoi, il n'y a qu'un pas, qui est allègrement franchi : après tout, pense-t-il, tout est possible. Dans la revue « Présences », le Père Robert dit très bien : « *Le besoin primitif d'avoir une foi, une croyance en quelque chose, joint au scepticisme ; le monstrueux développement des sciences,*

joint à la crédulité, sont autant de facteurs qui ramènent progressivement notre époque de supermodernisme aux temps de la sorcellerie ». Je ne dirai presque rien des guérisseurs de tout acabit, des vrais qui sont doués d'une puissance particulière de suggestion et même peut-être de pouvoirs physiques spéciaux, que l'on appellera des ondes radiantes si l'on y tient, et surtout des faux, des charlatans qui pullulent. Je ne ferai même qu'une brève allusion à leur malfaisance fréquente quand ils détournent le malade de demander avis à temps pour une affection sérieuse. Et je reconnaîtrai tout de suite que dans l'ensemble ils sont indispensables, du moins dans l'état actuel des choses. Pour les 60 à 75 % de névrosés (c'est le chiffre avancé par des médecins dignes de foi et admis par Ciampi dans son film) que constituent ce que nous avons appelé les fonctionnels, la médecine, répétons-le, est jusqu'ici à peu près impuissante ; elle aurait donc mauvaise grâce de s'offusquer. Le médecin est victime des imperfections et des avatars de la science ; sa recherche chemine par des voies tortueuses et malaisées ; son pronostic est hésitant. Le guérisseur, lui, connaît la maladie à la manière des sages, d'une façon concrète et intuitive qui ne s'encombre pas de recherches humiliantes de laboratoire et surtout il annonce et prédit à coup sûr la guérison, distribuant à tous généreusement l'espérance.

Le mécanisme de cette guérison n'a d'ailleurs le plus souvent rien de bien mystérieux. On étonnerait beaucoup de gens en leur disant que le simple recours au rebouteux pour un nerf démis est un appel magique et pourtant c'est certainement le cas. Le médecin sait pertinemment que les nerfs ne se démettent pas et que cette expression correspond à quelques lésions de tiraillement ou d'arrachement partiel des parties molles, surtout ligamentaires, pour lesquelles il n'y a pratiquement à peu près rien à faire, qu'à mouvoir activement et le plus rapidement possible le membre : bref à traiter par le mépris. C'est la seule façon d'éviter les troubles douloureux et trophiques persistants qui peuvent parfois survenir à la suite de cette petite lésion. Ces simples conseils donnés par le médecin ne sont pour le malade qu'un aveu d'impuissance et il va voir le rebouteux. Ce dernier n'est pas du tout pour un empirique, qui n'oserait plus d'ailleurs prononcer l'ancienne formule

de nos campagnes : « *nerf blessé, nerf froissé, rentre dans ton tracé* », cela sentirait tout de même un peu trop le roussi et il est plus scientifique d'invoquer un don généralement transmis de père en fils. Peu importe d'ailleurs, le malade ressent généralement encore quelques douleurs, mais totalement apaisé quant à leur signification, il les rejette dans son inconscient et c'est en fin de compte la seule chose utile : tout est donc pour le mieux.

Ce recours aux puissances mystérieuses ne se manifeste pas uniquement, cela va sans dire, par l'appel au guérisseur ; il y a bien d'autres aspects possibles, plus ou moins camouflés. C'est ainsi que la magie rôde aux frontières de l'acte religieux, surtout au cours de la maladie, lorsque se profile l'ombre de la mort. Si l'esprit ne veille, l'imploration risque de glisser vers l'incantation et la prière à l'état pur de dégénérer en gestes rituels. Mettre une image pieuse dans le lit d'un malade à l'insu de ce dernier, est un acte infiniment respectable peut-être, mais de nature magique certainement. On pourrait en dire autant de bien des gestes thérapeutiques où la formule incantatoire a disparu mais où le comportement magique subsiste quand même, si atténué, si évanescent soit-il. Ne suffit-il pas d'évoquer le geste charmant de la jeune mère soufflant sur le bobo de son enfant et faisant renaître instantanément le sourire au milieu des larmes ?

En vérité, tout ce qui touche à la souffrance et à la crainte de la mort baigne dans une atmosphère où le rationnel, le religieux et le magique se concurrencent, avec des prédominances éminemment variables ; j'allais dire selon le niveau de culture, ce qui serait tout à fait faux. Les médecins savent bien que dans le monde des intellectuels, et souvent de très haute envergure, il y a des partisans fanatiques des guérisseurs, comme si l'excès d'abstractions desséchantes provoquaient en compensation, aux moments critiques, le besoin de se plonger dans l'irrationnel et de se rafraîchir aux sources primitives des émotions élémentaires.

Cette résonance sentimentale, que portent en eux les gestes de la vie et de la mort, la médecine scientifique l'ignore et l'ignorera de plus en plus. Le caractère sacré de l'acte médical est mort sans retour ; il serait puéril de se livrer à son propos à de vaines lamentations. Que ce processus inéluctable ait provoqué des

réactions psychologiques désastreuses pour la bonne harmonie du colloque médical, ce n'est que trop évident. Mais il y a lieu de se demander si ces réactions ne pourraient pas être largement atténuées sinon annihilées par d'autres processus de compensation : les uns intéressant la conduite du médecin, les autres concernant la science médicale elle-même, élargie par la création de disciplines nouvelles à tendances psychologiques.

On a beaucoup écrit, ces dernières années, sur les obligations du médecin ; on lui demande à vrai dire beaucoup de choses assez contradictoires : un savoir vaste et toujours renouvelé, une âme assez riche et assez généreuse qui redonnerait à l'acte médical ce contexte psychologique que la science pure lui a fait perdre. Si l'on en croit certains, le médecin devrait faire retour en arrière et s'imprégner de l'esprit philosophique et synthétique qui aurait été celui de la médecine d'autrefois. Je crains fort qu'il n'y ait là une amère dérision ; combien, parmi ces soi-disant modèles, dont la philosophie n'était qu'une mauvaise rhétorique et le goût de synthèse qu'une systématisation aventureuse. Il y toujours eu beaucoup plus de Diafoirus que d'Ambroise Paré. Des formules dangereuses circulent dans des écrits de tout genre, telle celle-ci d'Axel Munthe : « *La médecine est une question de foi et non de science* ». Le vrai médecin ne peut et ne doit que hausser les épaules devant cette débauche de slogans faciles et stupides. Sans doute, quelques médecins, et des plus grands, paraissent parfois encourager cette sorte de retour aux origines et regretter les formes intuitives de la connaissance. C'est ainsi que Nicolle écrit : « *L'intelligence et la science ne peuvent rien savoir des choses profondes de la vie* ». Et Fiolle va jusqu'à reprocher à l'humanisme de s'être détourné des formes de connaissance mystique. Ce sont là jeux de princes intellectuels qui ne dédaignent pas de flirter à certains jours avec l'irrationnel mais qui n'en sont pas moins des scientifiques de stricte observance. Il ne faudrait pas que le médecin en tire argument pour prôner une médecine de persuasion et justifier son ignorance. Son premier devoir, et il n'est pas facile, c'est de connaître et non de consoler, ce qui est plus simple. Cette humanisation de la médecine, dont

on parle tant, n'est-elle pas un monstrueux alibi pour quelques-uns qui compensent la médiocrité de leur savoir par un savoir-faire astucieux et s'assurent une belle clientèle par la gentillesse bien connue des cancre. Le médecin doit, avant tout, connaître, adopter, avec un enthousiasme qui n'exclut pas le discernement et développer dans la mesure petite ou grande de ses moyens les méthodes nouvelles qui contribuent à faire de la médecine une science véritable ; quitte à entourer après coup l'acte thérapeutique, de tout le contexte psychologique que la science à elle seule ne peut évidemment pas lui donner. Il lui faut pour cela une compréhension et un respect profond du malade chez lequel il doit combattre ce sentiment d'infantilisation dont nous avons parlé et qu'il doit traiter en adulte. Plus la science devient impersonnelle, puis la technique apparaît inhumaine et plus le médecin doit se mettre au niveau de celui qu'il soigne. Cette technique d'ailleurs, loin d'être un facteur obligatoire de séparation (elle ne l'est que pour celui qui s'en sert comme d'un moyen de tenir à distance et d'éviter le dialogue) peut devenir au contraire un merveilleux et puissant moyen de confiance. La technique n'est pas inhumaine par elle-même : elle ne l'est que si l'humain fait défaut à celui qui l'utilise.

Est-ce à dire que ce contact psychologique malade-médecin soit facile? Bien loin de là. Ce serait étrangement se leurrer d'imaginer que les troubles inorganiques que nous avons évoqués plus haut et qui sont la plaie de la médecine vont être facilement exorcisés par un aimable entretien de part et d'autre d'un bureau. Dans la mesure (et nous avons vu qu'elle était prédominante) où des facteurs neuropsychiques sont à l'origine de ces troubles, il faudrait, pour les combattre, pénétrer beaucoup plus avant dans la conscience intime du malade, que ne le permet le colloque ordinaire, si bien intentionné, si bien mené soit-il. Le praticien consciencieux s'en rend bien compte ; il est fort perplexe devant toutes ces notions de psychologie appliquée dont on ne lui avait jamais parlé au cours de ses études et qui maintenant sont invoquées à tout bout de champ, dans les conférences et les articles de revue. Il s'efforce de rassurer ses malades le mieux qu'il peut mais redoute de

s'engager à fond dans la discussion de leurs angoisses, préférant les confier aux neuropsychiatres.

Cette insuffisance du colloque ordinaire n'est que trop patente ; les simples paroles d'apaisement et d'encouragement n'ont généralement qu'un effet limité et peu durable. Des disciplines spéciales s'avèrent donc nécessaires, telles la psychanalyse et la psychosomatique. Je ne puis évidemment qu'y faire une discrète allusion. De la psychanalyse on a dit beaucoup de mal. M. Gabriel Marcel, par exemple, la juge dominée par un scientisme matérialiste, une suffisance primaire, une méconnaissance totale de la personne. Il y voit une technique des âmes plus grossière et plus brutale encore que celle des corps où les termes caractéristiques de refoulement et de transfert sont tous empruntés à la mécanique ; technique qui ignore le respect, la pudeur et qui transforme le médecin en mécanicien des âmes. Tout cela est vrai ou faux à la fois (comme toujours) et ne fait que caractériser les abus, ils sont d'ailleurs légion, et non la méthode elle-même.

Plus nuancée sans doute est la médecine psychosomatique ; elle s'efforce de traiter l'homme dans sa totalité, âme et corps, éléments indissociables du composé humain, cher aux scholastiques et remis à nouveau à l'honneur. Elle s'oppose à la conception matérialiste qui règne, cela va sans dire, en Russie, avec la pathologie cortico-viscérale issue des travaux de Pavlov : également à la conception purement idéaliste dont les manifestations sont nombreuses, telles les cures d'âme des sectes anglo-saxonnes, avec la Christian-Science entre autres, les disciplines issues de la philosophie hindoue et aussi, bien qu'à un niveau très inférieur, les pratiques des guérisseurs. Rejetant l'excessive séparation cartésienne de l'âme et du corps, elle cherche à réintroduire dans la pathologie tous les facteurs psychologiques indispensables à la compréhension de la maladie. Nul doute qu'elle ne constitue un indéniable progrès ; son développement apportera peut-être une solution partielle aux problèmes posés par cette désacralisation de la médecine dont je viens de vous entretenir.

Je dis solution partielle, car il est à présumer qu'il restera toujours un vide qu'aucune méthode scientifique, si élargie, si compréhensive fût-elle, n'arrivera à combler. Rien ne pourra remplacer tout à fait l'atmosphère religieuse ou magique qui constituait l'essence même de

la médecine primitive et qui imprègne encore si profondément celle de la plupart des hommes d'aujourd'hui. La foi et le sacré, a-t-on dit, sont des souvenirs d'une enfance malheureuse qu'il s'agit d'abolir ; une sorte de psychanalyse sociale devrait en débarrasser à tout jamais l'humanité. Rien n'est plus douteux. Dans ses admirables « Pensées d'un biologiste », Jean Rostand évoque, assez mélancoliquement, la perspective d'une humanité enfin capable d'être en paix avec elle-même, sans plus d'espérance angoissée et chimérique, en un au-delà dont elle aurait fait définitivement son deuil. « *Il se peut, dit-il, qu'une science toute puissante réussisse en définitive à créer ce nouvel homme adapté à l'humain, satisfait de n'être que ce qu'il est, comblé par son destin étroit, guéri de tout rêve qui le dépasse* ».

Evocation qui certes n'a rien d'absurde mais si désolante qu'elle ne peut que raviver dans bien des âmes leur soif d'infini.

Au surplus, quoiqu'on puisse penser de cette perspective lointaine, on peut tenir pour assuré que l'inquiétude et l'angoisse habiteront longtemps encore le cœur des hommes. D'ailleurs, *sans cet aiguillon de la mort, l'homme serait-il encore l'homme ?*

**ELEMENTS
BIOGRAPHIQUES**

Paul Ancel (1873-1961)

Le Professeur Paul Ancel, qui vient de s'éteindre à l'âge de 87 ans, après une vie entièrement consacrée à l'enseignement et à la recherche, a grandement honoré la Faculté de Médecine de Nancy où il poursuivit toutes ses études et dont il fut un des Maîtres les plus éminents. Il est difficile en quelques mots de résumer une carrière aussi longue et aussi féconde, seuls quelques aspects de sa personnalité scientifique doivent être évoqués ici pour rappeler combien fut grande et fructueuse son activité nancéienne.

C'est à Nancy où il était né en 1873 que se placent les premières années, sans doute les plus fructueuses, de sa vie de Biologiste. Externe, puis Interne des Hôpitaux, Paul Ancel aurait pu se diriger vers l'exercice de la profession médicale s'il n'avait pas été tenté par l'attrait de la recherche anatomique. A cette époque, les circonstances étaient favorables à la Faculté de Médecine de Nancy. Un jeune professeur, Adolphe Nicolas y enseignait l'anatomie avec une maîtrise incontestable. Des locaux tout neufs venaient à peine d'être inaugurés pour l'enseignement. Il avait fallu vingt-cinq ans de patience et de persévérance au Conseil de la Faculté pour obtenir enfin la construction d'un institut anatomique digne de ce nom. Les bâtiments de la rue Lionnois commençaient à fonctionner quand le Professeur Nicolas choisit Paul Ancel comme Chef de Travaux : tâche bien ingrate dont il s'occupa avec une scrupuleuse conscience et avec un très grand succès auprès des étudiants durant sept années.

Cette période restera marquée dans l'histoire des sciences biologiques par la découverte du support anatomique et de l'activité physiologique des hormones sexuelles à laquelle les noms de Paul Ancel et de Pol Bouin sont indissolublement attachés. L'anatomiste et l'histologiste, celui-ci élève de Nicolas, celui-là élève de Prenant, menèrent en une collaboration intime et combien fructueuse une série de recherches d'une rigueur impeccable dans la conception comme dans la réalisation qui forcent encore l'admiration.

Il est nécessaire de se reporter aux connaissances que l'on avait au début de ce vingtième siècle, dans le domaine de l'endocrinologie pour saisir l'importance des recherches d'Ancel et de Bouin et de

juger leur retentissement. A cette époque, on ignorait tout ou presque tout en ce qui concernait la structure anatomique et le mode de fonctionnement des glandes à sécrétion interne, quant à leur rôle physiologique, il était à peine soupçonné.

Certes, la notion de glande à sécrétion interne avait été introduite en biologie par les célèbres expériences de Claude Bernard sur la fonction glycogénique du foie. Mais si cet organe est capable de déverser dans le torrent circulatoire des quantités importantes de glucose, il n'en est pas de même des glandes endocrines, dont les hormones sont excrétées à doses infimes dans le milieu intérieur.

Ce sont les travaux d'Ansel et de Bouin qui ont eu le mérite de prouver l'existence au niveau des glandes génitales mâles et femelles d'hormones actives dont on soupçonnait à peine l'existence. Bien plus, grâce à une rigoureuse série d'expériences, ils arrivèrent à prouver que l'hormone mâle sécrétée par le testicule était le résultat de l'activité spécifique d'un tissu, inextricablement mêlé aux autres éléments si complexes de cet organe, la « glande interstitielle ». Poursuivant leurs investigations chez la femelle, Ansel et Bouin parviennent à montrer que l'ovaire est la source d'hormones qui conditionnent les caractères sexuels. Ils montrent à la suite de leur Maître Prenant le rôle endocrinien du corps jaune et son action dans la préparation et le maintien de la gestation. On peut affirmer que cet ensemble de travaux fut parmi les plus grands et les plus fructueux de la biologie moderne. Il a ouvert la voie à toute l'endocrinologie sexuelle dont le développement sur le plan de la chimie et de la thérapeutique a été prodigieux. Appliquée ensuite aux autres glandes endocrines de l'économie, il a ouvert la voie à toute une nouvelle discipline médicale.

Mais, revenons à la carrière nancéienne de Paul Ansel. En 1904 un concours d'agrégation s'ouvre en anatomie: deux élèves du Professeur Nicolas s'y présentent, Paul Ansel et Amédée Weber. A l'issue des épreuves, Ansel est nommé à Lyon et Weber à Nancy. La fructueuse collaboration de Bouin et d'Ansel va s'interrompre durant trois années.

Mais le dynamisme d'Ansel ne connaît pas de répit. Agrégé et Chef de Travaux anatomiques à Lyon sous la direction du célèbre Maître qu'était Léon Testut, Ansel profite de son séjour à ses côtés pour

publier un Précis de dissection ou guide de l'étudiant aux travaux pratiques d'Anatomie. Ce manuel qui eut beaucoup de succès (traduit en espagnol en 1907) est très pratique et très méthodique dans un plan général et dans ses moindres détails, il est complet et permet d'entreprendre la dissection de n'importe quelle partie du cadavre. Ancel estimait à juste titre que les travaux pratiques d'anatomie étaient indispensables aux futurs chirurgiens. D'ailleurs c'est avec leur collaboration qu'il entreprit des recherches importantes d'anatomie chirurgicale sur le péritoine, à Nancy avec Louis Sencert, à Lyon avec M. Cavaillon.

En 1907, les deux Maîtres nancéiens des disciplines morphologiques, Nicolas en anatomie, Prenant en histologie, étaient appelés par la Faculté de Médecine de Paris. Leurs chaires devenaient dès lors vacantes. Si la succession à la chaire d'histologie ne souleva pas de trop graves difficultés et revint à Pol Bouin, il n'en fut pas de même en anatomie où Ancel et Weber se retrouvèrent à nouveau concurrents : le Conseil de la Faculté pencha avec une faible majorité en faveur d'Ancel qui fut nommé le 1er janvier 1908 titulaire de la chaire d'Anatomie normale de Nancy. Il devait en assurer les fonctions jusqu'au lendemain de la première guerre mondiale.

Strasbourg avait besoin de maîtres éminents, la Faculté de Médecine de Nancy, son héritière au lendemain du désastre de 1870 avait une dette de reconnaissance envers la capitale alsacienne. C'est ainsi que plusieurs Professeurs nancéiens furent appelés à restaurer l'enseignement français à Strasbourg. L'école morphologique de Nancy créée par Morel venu de Strasbourg en 1872 se devait de renouer la tradition. Pol Bouin d'abord, Ancel ensuite, furent désignés pour y enseigner l'histologie et l'embryologie. Ce fut une nouvelle étape dans la carrière scientifique d'Ancel, étape à laquelle nous ne nous attarderons pas et pourtant combien elle devait être remarquable. Appelé à enseigner une nouvelle discipline, Ancel s'y adapte immédiatement en modifiant radicalement l'orientation de ses recherches.

En quelques années, avec la collaboration de son élève Vintemberger, il introduit en France la pratique de l'embryologie expérimentale qui, jusqu'alors, était presque exclusivement effectuée en Allemagne. Il s'attaque d'emblée à l'un des problèmes majeurs de

l'embryologie : celui de la détermination du plan de symétrie bilatérale des embryons de vertébrés, problème sur lequel il parvient à donner des éclaircissements remarquables et qu'il résout en grande partie en provoquant à son gré par l'expérimentation une orientation choisie pour ce plan.

Mais une fois encore la carrière de Paul Ancel devait se trouver modifiée, en 1939, il est obligé de quitter Strasbourg avec sa Faculté de Médecine repliée à Clermont-Ferrand et l'heure de la retraite sonne pour lui au moment même de cet exil. Mais la retraite n'est pas pour lui le moment du repos. Pendant vingt années encore, il va œuvrer à Paris au Collège de France et dans un petit laboratoire qu'il avait aménagé chez lui.

Il s'engage alors sur une voie toute nouvelle, celle de la chimiotératogénèse. Jusqu'alors personne ne s'était encore appliqué à essayer d'expliquer la genèse des monstruosité et des anomalies, et l'on n'était plus guère renseigné que les Anciens qui les considéraient comme des erreurs de la nature. Eprouvant les unes après les autres des quantités de substances chimiques appliquées sur le germe en voie de développement aux différentes étapes de sa croissance, Ancel est parvenu à isoler un certain nombre de substances tératogènes électives et à provoquer par un choix du produit et du moment d'action telle ou telle malformation du développement.

L'ensemble de ces recherches et de ces résultats a fait l'objet d'un volume hautement original qui pose les bases d'une nouvelle science: la chimiotératogénèse. Ancel est ainsi l'un des tout premiers, si ce n'est pas le premier à avoir montré l'intérêt de la recherche des causes des troubles du développement. Il ne s'agit pas là d'une simple spéculation mais bien au contraire, il ouvre des perspectives immenses sur les applications prophylactiques et thérapeutiques possibles à la prévention et à la guérison des embryopathies et des fœtopathies, domaine qui suscite à l'heure présente tant d'attention et tant de recherches.

La Faculté de Médecine de Nancy peut être fière d'avoir compté parmi ses élèves, puis parmi ses maîtres un biologiste aussi éminent. Ceux qui ont été ses élèves gardent un souvenir ineffaçable de son enseignement qui eut l'immense qualité d'être lumineux et direct. Quel exemple nous laisse ce savant dont la longue existence a été

consacrée uniquement à la science jusqu'à l'épuisement de ses forces! En octobre 1960, il y a juste quelques mois la revue « Science » publiait un article signé Paul Ancel. Seuls ses élèves et ses admirateurs pouvaient savoir que le signataire de ces lignes venait d'atteindre sa quatre-vingt-huitième année, et que ce mémoire venait après tant d'autres apporter une nouvelle pièce à ce magnifique monument scientifique qu'il avait bâti durant une vie toute entière vouée à la recherche.

Eloge du Professeur Antoine Beau

Hippolyte Bernheim (1840-1919)

Hippolyte Bernheim, gravit les échelons des études médicales à la Faculté de Strasbourg. Interne en 1862, Aide de clinique la même année, il soutient sa thèse en 1867 sur la myocardite aiguë. Il réussit le concours d'agrégation dès l'année suivante, mais pour le jeune agrégé de 28 ans, le désastre de 1870 menace une carrière qui s'annonçait brillante.

Le décret de transfèrement conduit Bernheim à Nancy en 1872, et lui offre une compensation au sacrifice de l'émigration ; il est nommé agrégé dans la Clinique médicale de Hirtz. Son « Patron », dès l'année suivante (20 novembre 1873), est mis en disponibilité pour raison de santé. Et voilà le jeune maître de 33 ans, à la tête d'une Clinique médicale qu'il n'abandonnera qu'à l'heure de la retraite.

La dureté du sort a parfois d'heureuses conséquences, et à la compensation de Bernheim s'ajoute celle de la nouvelle Faculté de Médecine de Nancy, qui, après 1870, compte dans les rangs de ses enseignants un maître d'une valeur exceptionnelle.

Dès la leçon d'ouverture qu'il fait en 1873 en lieu et place de son maître Matthieu Hirtz, il n'hésite pas, devant les élèves, à montrer comment il conçoit la vie et le rôle du Professeur de Clinique médicale : *« Si, dans les arts ou dans les sciences exactes, on peut, par les qualités innées ou par la puissance du travail, s'élever, jeune encore, au rang des maîtres, dans une science comme la nôtre, il faut de longues années d'observation personnelle pour acquérir l'autorité magistrale... A celle qui me manque, je suppléerai par mon dévouement et mon désir ardent d'être utile à chacun de vous ; votre indulgente et bienveillante attention facilitera ma tâche. »* Quelle leçon dès le départ, utile encore de nos jours, pour les disciples des personnages de Jean Baptiste Poquelin !

En 1878, Bernheim est nommé titulaire de la Clinique médicale. Retracer l'œuvre scientifique du maître de l'Ecole de Nancy est une gageure, car si, pour un esprit superficiel, elle se limite à l'hypnotisme, c'est oublier les impératifs de l'enseignement de la médecine pratique au lit du malade, de sa charge hospitalo-universitaire.

La part prise dans le domaine neurologique sera exposée ailleurs mieux qu'on ne saurait le faire dans cette étude ; notons seulement le point de départ curieux de ses recherches à propos de la magnétothérapie, c'est-à-dire l'emploi d'un aimant considéré comme esthésiogène, à la suite de travaux de Andry et Thourel en 1779-1780.

Ne s'attardant pas sur une méthode empirique incontrôlable, l'esprit critique et le bon sens de Bernheim, après analyse de la méthode de Liébeault et une longue pratique clinique lui inspirent 90 publications d'orientation neuropsychiatrique (dont une bonne douzaine dans la Revue médicale de l'Est). De là sa conviction dans l'utilité de la suggestion, tandis que l'hypnotisme est une technique d'exception.

Devant l'opposition de Charcot, il sait se défendre, car « *c'était un rude joueur qui défendit avec la dernière énergie les idées que son expérience et sa raison lui faisaient considérer comme vraies. Il a eu le rare bonheur de voir ces idées acceptées d'une façon à peu près générale, bien que quelquefois démarquées* » (Jules Sterne).

Les conférences faites pour le plus grand profit des étudiants portent sur tous les sujets, les typhoïdes (sujet de sa thèse d'agrégation), le rhumatisme, les aortites, l'asthme cardiaque, le brightisme, l'asystolie, la grippe, etc... Toute observation le passionne, fait l'objet d'une analyse minutieuse et d'une discussion serrée du diagnostic. Il a cependant un certain penchant pour la cardiologie ; il est le premier à signaler le refoulement et l'écrasement du ventricule droit du fait de l'hypertrophie du ventricule gauche, et il décrit les signes de l'asystolie en les rapportant à leur véritable cause (Revue médicale de Nancy, 1909). Ce syndrome porte son nom à juste titre.

« *Bernheim n'est pas seulement un homme de science et un clinicien de haute valeur, il est profondément dévoué à la Faculté de Médecine et à l'Université de Nancy. Il s'est de tout temps intéressé aux différents problèmes qui se sont posés pour assurer le progrès de l'une et de l'autre* » (Gross). D'ailleurs, ses conceptions administratives le font désigner comme assesseur du Doyen en 1882, deux ans après un rapport présenté à la Société pour l'étude des questions d'enseignement supérieur au nom de la section de Médecine de Nancy (Revue médicale de l'Est, 1880). Depuis cette

date, il rédige à douze reprises des rapports critiques sur l'enseignement médical et les remèdes à y apporter.

Dans une vision d'avenir (car en son temps l'observation personnelle est la base essentielle de la publication scientifique), le grand savant et le clinicien accompli qu'est Hippolyte Bernheim se prononcent avec autorité en faveur de la division du travail, plus profitable et plus enrichissante, tout en se gardant d'une dispersion excessive et, par là, dangereuse.

Extrait de « Les cliniques médicales » par le Professeur Pierre Louyot

Numéro Spécial du Centenaire de la Revue (1874-1974) - Annales Médicales de Nancy

André Bodart (1898-1989)

C'est au titre d'une vieille amitié que me vaut la mission de prononcer ce soir l'éloge d'André Bodart, décédé à l'âge de 90 ans. La date de ma première rencontre à l'hôpital avec André Bodart remonte à 1927, date où je prenais mes fonctions d'externe au service du Professeur Hamant. Le personnel médical comportait alors un chef de clinique, Charles et deux internes, Bodart et Mosinger. Durant toute l'année que je passai dans ce service, j'eus déjà l'occasion d'apprécier l'immense culture médicale et littéraire de Bodart, jointe à sa dextérité opératoire. Il était parvenu après bien des difficultés à la Faculté de Médecine car il se trouvait être en pleine Première Guerre Mondiale au cours de ses études secondaires, accomplies à Lunéville. Son village natal d'Onville ayant été occupé par les Allemands, il avait été pendant quelques mois déporté à titre civil. Mais, une fois libéré, il avait été incorporé comme infirmier-brancardier dans une unité combattante où il avait fait preuve d'une grande sérénité.

Bodart devait succéder l'année suivante à Charles comme Chef de clinique chez Hamant. Puis, en juillet 1929, il soutint sa thèse de Doctorat qui fut un véritable monument.

Ce travail de 227 pages a pour point de départ six observations cliniques de fistules pancréatiques traitées chirurgicalement par le Professeur Hamant. L'auteur envisage tous les aspects cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques de cette complication dont le traitement s'avérait particulièrement difficile. Il préconisait, après un essai loyal de traitement préalable médical de quatre mois, l'intervention chirurgicale qui devait ensuite consister en une anastomose fistulo-digestive de préférence dans l'estomac, sinon dans le grêle ou même dans la vésicule biliaire. Cette mise au point fut couronnée par l'Académie Nationale de Médecine. Bodart devait rester un fidèle élève et admirateur du Professeur Hamant et je relève dans un de ses discours le jugement qu'il a porté sur son Maître : *« Huit à dix interventions menées à vive cadence et toutes réalisées avec la même netteté, la même perfection technique, la même absence totale d'hésitation, de médiocrité et de bavure, dans la joie*

d'une force physique éblouissante au service d'un esprit lucide, quiconque n'a pas vu jouer à plein cette merveilleuse machine chirurgicale a été privé d'un spectacle d'une rare qualité ».

La carrière hospitalière de Bodart avait commencé en 1923, date à laquelle il avait été reçu externe des hôpitaux de Nancy. En 1924, il s'était présenté à l'internat où il avait été reçu second. Reçu au concours d'agrégation de Chirurgie Générale en 1933, il fut pendant de nombreuses années adjoint du Professeur Hamant en même temps que son ami Chalnot dans sa clinique chirurgicale. Mais, du fait du départ à la retraite du Professeur Froelich, son orientation changea de direction, étant donné qu'il fut désigné pour assurer l'enseignement et la direction du service de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique de 1939 à 1950.

A cette date, il fut nommé Professeur titulaire dans cette discipline par reconstitution de la chaire. En 1956, à la suite du décès prématuré du Professeur Rousseaux, il demanda son transfert dans la clinique chirurgicale B qui avait connu les débuts de sa carrière. Il assuma les fonctions de Professeur titulaire et de Chef de service dans cette clinique jusqu'à sa retraite le en 1966. Durant cette longue période d'activité chirurgicale, Bodart fit preuve d'une très grande adresse, fidèle à la chirurgie classique qu'il accomplissait avec rigueur et précision. Il vécut pendant une période cruciale de la chirurgie qui, au lendemain de la Deuxième Guerre Mondiale, subit des progrès extraordinaires surtout du fait des perfectionnements des techniques et des procédés d'anesthésie et de réanimation.

Dans son service de Pathologie Infantile, il sut adapter et perfectionner les anciennes pratiques purement orthopédiques devenues surannées et avant tout, transformer radicalement cette discipline devenue l'application d'une chirurgie dite sanglante qui jusque-là n'avait pas osé s'attaquer au problème de l'enfance.

Ses publications médicales n'ont volontairement pas été très nombreuses. Il laissait ce soin à ses nombreux élèves dont il supervisait néanmoins les publications. Par contre son œuvre littéraire fut très considérable et lui valut une réputation justifiée dans le domaine de la philosophie et de l'éthique. Il aimait d'ailleurs à rappeler l'opinion de nombreux auteurs qui faisaient remarquer que depuis toujours le médecin a la douce manie de philosopher.

L'occasion de manifester ses talents lui fut offerte par sa leçon inaugurale. C'est ainsi qu'en décembre 1950, le grand amphithéâtre de l'Institut Anatomique se trouvait rempli d'une affluence considérable pour écouter une leçon intitulée par son auteur « *Quelques aspects de la psychologie du chirurgien et du médecin* ». Rappelant que depuis toujours le médecin se pose la question de savoir comment il réagirait devant la douleur et la mort, il développait les différents aspects de l'exercice de la chirurgie tel qu'il les concevait. Il est difficile de résumer en quelques lignes la pensée pénétrante et profonde du Professeur Bodart et je me bornerai simplement en vous conseillant de relire ses nombreuses pages, de méditer la conclusion de son exposé : « *Si vous croyez avec moi qu'au-delà de la mort vous deviez rendre compte de la mission tout particulièrement lourde qui vous a été confiée auprès des hommes, puissiez-vous à l'approche de vos derniers jours ne ressentir en votre âme qu'apaisement et sérénité* ».

Cette leçon inaugurale ne fut d'ailleurs que le prélude d'un grand nombre de réflexions philosophiques dont nous ne ferons que rappeler les principales, en particulier l'allocution qu'il devait donner à Longwy en mai 1955 lors de la prestation de serment de jeunes médecins admis à l'Ordre. Ce discours consacré « *aux misères et grandeurs du colloque médical* » d'une très haute élévation de pensée se termine par ces phrases qu'il me plaît de rappeler : « *Que d'occasions pour le médecin de vibrer au plus profond de lui-même, que de visages ravagés par la souffrance et la peur, que de regards suppliants, que de plaintes bouleversantes hantent ses nuits et ses jours et donnent à toutes ses pensées, à ses désirs et même à ses joies une sorte de résonance douloureuse. Ce visage triste d'enfant, marqué déjà par un mal sans espoir, il le reverra chez lui, derrière le visage des enfants qu'il aime et, cette évocation pour eux d'un mal semblable, toujours possible, lui serre le cœur douloureusement. S'il sait garder ainsi toute sa vie cette promptitude à s'émouvoir, le médecin aura naturellement, sans contrainte ni artifice, cette sympathie que le malade exige et qui est le fondement essentiel de tout colloque médical digne de ce nom* ».

C'est à l'Académie de Stanislas que le Professeur Bodart devait trouver une tribune pour exposer ses réflexions philosophiques.

Nommé Associé correspondant de cette compagnie en 1956 puis titulaire en 1959, il fut Président pendant l'année académique 1961-1962. Son discours de réception en mai 1959 intitulé « *la désacralisation de la médecine* » puis son intervention du 3 février 1961 sur « *les confins de la vie et de la mort* » sont pleins de profondes réflexions inspirées essentiellement par sa longue pratique de la médecine.

Admis à la retraite en 1966, Bodart, tel les sages de l'ancienne Rome, décida de se retirer complètement de la vie active et de mettre un terme à ses exposés pourtant si brillants. Il décida de résider dans sa vieille maison familiale d'Onville, dans cette vallée riante du Rupt de Mad où il devait passer encore de longues années. La mort l'aura surpris après une longue vieillesse heureuse. D'ailleurs, il avait une certaine hantise de sa disparition et bien souvent il l'a évoquée dans ses écrits. Comme il le dit dans une de ses allocutions : « *Le médecin arrive à sa propre mort le cœur déjà las de toutes les morts accumulées autour de lui et qui toutes plus ou moins l'ont frustré de la joie de vivre... Le médecin a subi trop de chocs émotionnels violents pour qu'il ressente jamais la douceur d'une paix sans remords. Il est infiniment las et plus ou moins obscurément il aspire au seul repos, celui de la mort* ».

De nombreuses distinctions étaient venues lors de sa carrière récompenser tous ses mérites : Chevalier de la Légion d'Honneur, Commandeur des Palmes Académiques. Il avait reçu en 1964 le Grand Prix de la Ville de Nancy.

Eloge du Professeur Antoine Beau (extraits)

Pol Bouin (1870-1962)

Le Professeur Pol Bouin est décédé le 5 février dernier à Vendresse, dans les Ardennes, à l'âge de 91 ans. On ne s'étonnera pas qu'un hommage soit rendu à sa mémoire dans le cadre de la Société de Biologie ; celle-ci lui doit beaucoup. Le Professeur Pol Bouin, en effet, compte parmi ceux qui se groupant autour du Professeur Prenant, fondèrent au mois de novembre 1895 « La Conférence Biologique de Nancy ». C'est dans le cadre de cette Conférence devenue la Réunion Biologique en 1897, puis en 1903 l'actuelle Société de Biologie de Nancy que notre collègue a présenté le résultat des travaux qui, très vite, lui ont acquis une très large notoriété. Peu d'hommes de science ont eu, comme le Professeur Bouin, la bonne fortune à la fin de leur carrière de constater le lien fondé et l'importance des idées émises et des faits observés pendant leur vie de jeune chercheur ou d'homme mûr. Peu ont eu, sur l'orientation de la biologie, une influence aussi déterminante ; très peu ont eu, en même temps, une telle influence morale et ont pu s'entourer d'élèves aussi nombreux et d'une telle valeur.

Lui-même rappelait, le 18 novembre 1946, lorsque ses collègues, ses élèves, ses amis et ses nombreux admirateurs se réunirent dans l'amphithéâtre de l'Institut d'Histologie, à la Faculté de Médecine de Strasbourg, pour lui remettre une médaille gravée à son intention, que ce sont les conditions trouvées à la Faculté de Médecine de Nancy où ses parents l'avaient envoyé commencer ses études médicales, qui l'ont orienté dans la voie scientifique. Deux maîtres de cette époque ont eu, sur lui, une influence déterminante :

« Le Professeur Nicolas s'imposait, disait-il, par la précision de ses cours d'anatomie. Le Professeur Prenant séduisait par la manière dont il nous dévoilait les étonnants mystères du monde microscopique. Ses descriptions des dispositifs structuraux étaient si vivantes qu'elles sont restées pour moi les modèles dont j'ai essayé de m'inspirer quant à mon tour, j'enseignai la même science... Un tel enseignement fit sur moi une grande impression. Je souhaitai mieux connaître la science histologique et apprendre les méthodes qui permettent de la pratiquer. J'exprimai un jour ce désir à mon maître.

Il m'invita à fréquenter son laboratoire. A la fin de la première année de mes études anatomiques, je devenais préparateur d'histologie à la Faculté de Médecine (1891). Je travaillai aux côtés de Prenant pendant une douzaine d'années ; elles comptent parmi les plus essentielles de ma carrière... Je devins agrégé d'histologie (1898), peu de temps après avoir présenté ma thèse de doctorat en médecine (1897). J'étais donc heureusement et rapidement débarrassé des exercices de vieille scolastique exigés par la préparation aux épreuves aléatoires du concours d'agrégation. Je pus me mettre tout de suite au bon travail. Prenant m'avait déjà fait faire une recherche de morphologie expérimentale en me donnant comme sujet de thèse l'étude des altérations de la gonade mâle consécutives à l'oblitération de ses conduits excréteurs. Je résolus de continuer dans cette voie, qui me semblait riche de promesse. Après avoir exécuté des recherches cytologiques, en particulier sur les doubles spermatogénèses et les mitoses maturatives chez les Myriopodes, sur les connexions des dendrites, sur la constitution du cytoplasme chez certaines cellules reproductrices végétales et animales, celles-ci poursuivies avec mon frère Maurice, de la Faculté des Sciences, j'entrepris des investigations sur les glandes génitales envisagées au point de vue de leur action générale sur l'organisme. Ce problème intéressait aussi mon ami Paul Ancel, élève du Professeur Nicolas. Nous décidâmes d'associer nos efforts et d'explorer ensemble ce domaine encore vierge de l'endocrinologie. Cette investigation s'avéra pleine de difficultés mais fructueuse. Non seulement elle devait nous occuper, ainsi que nos élèves, pendant toute la durée de notre carrière scientifique, mais peu à peu elle sollicita l'intérêt d'un nombre toujours croissant de biologistes qui donnèrent à ce chapitre nouveau de l'histophysiologie un magnifique développement. Il nous a fallu de longues recherches pour établir que les cellules interstitielles testiculaires sont la source de l'hormone masculinisante, c'est-à-dire de la substance spécifique qui développe et maintient chez le mâle les caractères distinctifs de son sexe, et que le corps jaune de l'ovaire est la source de l'hormone progestative, c'est-à-dire de la substance qui prépare périodiquement l'organisme féminin à la condition maternelle et plus particulièrement la muqueuse de la matrice à la nidation de l'œuf fécondé.

Mais je dois une pensée reconnaissante à la mémoire de mon père. C'est lui qui, en me faisant part de ses connaissances en pathologie animale, m'apprit le comportement particulier des grands Mammifères cryptorchides, la perte chez ces derniers du pouvoir fécondant, et la conservation intégrale des autres caractères sexuels mâles. Ces animaux sont inféconds, mais ils ne sont pas impuissants. Le rapprochement entre cette donnée clinique et la structure des testicules en ectopie intra-abdominale, presque exclusivement réduits à leur glande interstitielle, a été l'étincelle qui a illuminé notre route et nous a montré le chemin à suivre. »

L'essentiel des résultats énoncés était déjà acquis entre les années 1900 et 1907. On ne s'étonnera pas si ces recherches originales, qui ont servi de base à l'endocrinologie sexuelle expérimentale, aient attiré sur lui l'attention du monde universitaire. Nommé Professeur à l'Ecole de Médecine d'Alger en 1906 à la fin de son temps d'agrégation, il succède l'année suivante, à Nancy, à son maître Prenant, nommé lui-même à la chaire d'histologie de Paris. Sa renommée scientifique était telle à la fin de la première guerre mondiale qu'il est désigné en 1919 pour occuper la chaire d'histologie de la Faculté de Médecine de Strasbourg redevenue française.

C'est dans cette Université qu'il donne sa pleine mesure dans un Institut créé spécialement pour lui par la Fondation Rockefeller, entouré d'élèves nombreux et dont beaucoup ont acquis eux-mêmes un grand renom, comme les Professeurs Courier et Benoit du Collège de France, les Professeurs Aron, Klein, Mayer et Clavert.

La bivalence de la glande génitale femelle est démontrée comme l'avait été celle de la glande génitale mâle, de même que l'influence de l'hypophyse sur les activités génitale, thyroïdienne et mammaire ; de nombreuses autres corrélations endocriniennes sont également mises en évidence.

Elu membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, le Professeur Bouin voit alors son laboratoire fréquenté par un grand nombre de savants étrangers. Replié à Clermont-Ferrand avec toute la Faculté de Médecine de Strasbourg, lorsque la guerre éclate, il s'efforcera encore de maintenir dans cette ville un foyer de recherches.

Mis à la retraite, Commandeur de la Légion d'Honneur, titulaire de nombreuses décorations étrangères, le Professeur Bouin laisse alors le souvenir d'un grand biologiste dont les idées ont acquis définitivement droit de cité, d'un savant affable et bienveillant que regrettent unanimement ses élèves. Modeste, il se retire dans son village natal, à Vendresse, où jusqu'à sa mort il entretiendra une correspondance considérable, conseillant et encourageant. Paradoxe, si sa grande réputation scientifique est le résultat de ses importantes découvertes, sa notoriété mondiale est en partie due au fait que jeune préparateur d'histologie, il utilisa pour ses recherches un liquide fixateur universellement utilisé : le liquide de Bouin. Fait insigne, les jeunes biologistes américains ou asiatiques, qui utilisent ce mélange de fixation prononcent ce nom à la française.

C'est à Vendresse, que sont venus se recueillir sur sa tombe, un grand nombre de ses élèves français et étrangers, de ses amis, de ses admirateurs, en souvenir de l'homme modeste et bienveillant, du maître unanimement respecté, aimé et admiré, de l'animateur qui a donné à l'histophysiologie et à l'endocrinologie expérimentale un aussi brillant essor.

Tous ceux qui l'ont connu lui garderont, comme moi-même, une très vive admiration et un très grand respect.

Eloge du Professeur Etienne Legait

Remy Collin (1880-1957)

Le 8 juillet 1955, dans le grand amphithéâtre de la nouvelle Faculté de Médecine de Paris, des médecins, des biologistes certes, mais aussi des philosophes, venus du monde entier, debouts, rendaient, par leurs applaudissements, un émouvant hommage au Professeur Remy Collin, qui présidait le VIème Congrès Fédératif International des Associations d'Anatomistes. Tous associés dans le même sentiment de respect, d'admiration et de gratitude, tant était grand le rayonnement de ce pur Lorrain dont l'œuvre avait eu un extraordinaire retentissement.

Remy Collin, né à Frouard en 1880, nommé Professeur d'Histologie à Nancy en 1907, après avoir été le collaborateur d'Adolphe Nicolas en Anatomie, est affecté au laboratoire d'Histologie, dirigé, depuis peu, par Pol Bouin. C'est dans ce laboratoire qu'il a accompli pendant près d'un demi-siècle, une œuvre scientifique de renom international orientée dans deux directions essentielles : l'étude du rôle de l'hypophyse dans la régulation des corrélations hormonales et celle de la physiologie de ce que, depuis lui et grâce à lui, on a pu appeler le complexe hypothalamo-hypophysaire. Collin fut à l'origine du concept de neurocrinie, de la notion de synergie entre noyaux diencéphaliques et adénohypophyse dont il a dégagé les grandes lignes du fonctionnement, ouvrant et dessinant clairement de nouvelles voies d'investigations parfaitement identifiées et exploitées après lui avec le succès que l'on sait.

Sur un plan plus général, Collin que l'on considère, à juste titre, comme le fondateur de la neuroendocrinologie, avait écrit « *de nombreux faits montrent que les régulations nerveuses sont liées aux régulations hormonales et inversement* », phrase dont la signification paraît simple au lecteur de 2003, mais qui, il y a plus de six décennies, était sinon prophétique, du moins chargée de nouveauté.

« ... *Sur le plan pratique, les progrès de la biologie sont une condition indispensable à ceux de la Médecine* » écrit-il aussi, ce qui explique son souci de collaborer étroitement dans le domaine de l'endocrinologie avec des cliniciens et notamment P.L. Drouet.

Ces recherches, Collin les a menées jour après jour, avec une rigueur d'observation et de raisonnement qui faisait l'admiration de ceux qui le côtoyaient. Il n'est pas étonnant que de nombreux stagiaires, français et étrangers, aient fréquenté son laboratoire et que, dispersés dans le monde, de nombreux chercheurs aient pu se réclamer (et quelques-uns s'en réclament encore) d'être ses élèves. Tous ont gardé non seulement le souvenir d'un séjour fructueux sur le plan scientifique, mais aussi celui d'un homme attentif, d'une exceptionnelle élévation de pensée, d'une grande disponibilité et d'une constante compréhension vis-à-vis de ses interlocuteurs.

Enseignant de grande classe, Collin a publié plusieurs ouvrages didactiques ou de synthèse dont : « Les hormones » (1938), « L'organisation nerveuse » (1944), qui eurent un succès considérable.

Penseur et profondément croyant, Collin est l'auteur de nombreux écrits philosophiques : « Physique et métaphysique de la vie » (1925), « Message social du savant » (1941), « Panorama de la biologie » (1945), « Les deux savoirs » (1946), « Mesure de l'homme » (1948), « Plaidoyers pour la vie humaine » (1951), ...

Dans tous ses ouvrages ou conférences, Collin dont l'érudition était fascinante, disserte sur la philosophie des sciences et surtout de la biologie et plaide, par ailleurs, avec talent, pour une conception spiritualiste de la vie, de la liberté de l'Homme et de sa dignité. C'est pour l'approfondir et la mieux faire connaître qu'il fonde en 1926 avec Robert Dalbiez, la Société de Philosophie de la Nature groupant des biologistes et des philosophes.

Homme de cœur, Collin a contribué à la création d'une Société d'Habitation qui avait pour objet de permettre à la population ouvrière d'accéder à la propriété, la qualité de l'habitat lui semblant être une des conditions essentielles de l'épanouissement de l'Homme. Pendant de longues années, il assura lui-même une permanence au siège de cette société où il prodiguait ses conseils aux demandeurs qu'il aidait dans leurs démarches.

De nombreuses distinctions vinrent le récompenser (Officier de la Légion d'Honneur en 1939, titulaire de décorations étrangères,

Commandeur de l'Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand, toutes ces distinctions furent reçues par lui avec satisfaction certes, mais il n'en tirait aucune vanité. Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine, Secrétaire Général de l'Association des Anatomistes, il présida à Paris en juillet 1955 le Vème Congrès International d'Anatomie) et surtout la proposition de le nommer dans une chaire du Collège de France, ce qui était la plus prestigieuse des reconnaissances de son mérite. Il préféra rester dans cette Lorraine où il était né et qu'il aimait, et dans « sa » Faculté à laquelle il était profondément attaché et où il estimait pouvoir et devoir continuer son œuvre.

Remy Collin s'est éteint un matin de novembre 1957 après une très courte maladie. L'âge n'avait en rien altéré son dynamisme intellectuel et son extraordinaire bienveillance. Son œuvre ne s'arrêtait pas là, il avait donné une impulsion à la neuroendocrinologie, il avait défendu avec obstination et courtoisie la spiritualité chez l'Homme, il a laissé, pour ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un homme enthousiaste et bon.

L'auteur de ces lignes, qui fut son dernier élève, parcourant, il y a quelques jours, certains de ces écrits, a retenu cette citation qui lui semble être la meilleure conclusion à cette trop brève notice :

« Il y a le cœur et surtout la jeunesse du cœur, qui permet de conserver l'enthousiasme au milieu des fatigues, des échecs, des déceptions ... Heureux ceux qui ont la faculté de s'enthousiasmer ».

Eloge du Professeur Georges Grignon

Paulin De Lavergne (1880-1957)

Qu'il est douloureux de penser que ce grand savant, que cette belle intelligence, que ce médecin incomparable n'est plus, que nous ne le verrons plus. Nous ne lisons plus sur ses traits vivants et mobiles l'intérêt passionné qu'il portait à toute chose, nous ne suivons plus sur sa figure attentive sa méditation silencieuse et féconde; son enthousiasme juvénile pour la recherche ne nous illuminera plus. Nous n'entendrons plus sa parole vive, ardente, originale, puissamment suggestive, cette parole qui soulevait son auditoire, débutants en médecine, médecins chevronnés, spécialistes et savants. Cependant, l'œuvre scientifique du Professeur de Lavergne demeure; elle est belle ; elle est vivante. Créatrice, elle durera par elle-même et par ce qu'elle a accompli en chacun de ceux, lecteurs, auditeurs, disciples, qu'elle a instruits et marqués.

Il appartient à l'Elève qui a vécu à l'ombre de ce Maître admirable les belles années de la jeunesse, qui a goûté le prestige et le charme de son intelligence lumineuse, qui a su tout le prix de son affection, de retracer la vie et l'œuvre du Professeur de Lavergne. Ce devoir est cruel ; il renouvelle à chaque moment le chagrin d'un deuil irréparable. Puissé-je du moins ne pas être trop inférieur à ma tâche ; puissent ces lignes apporter au Maître que nous avons perdu le juste hommage de notre reconnaissance et de notre admiration ; puissent-elles offrir une image fidèle de ce grand savant, de ce grand médecin. Paulin de Vezeaux de Lavergne naquit à Confolens, patrie du grand bactériologiste Emile Roux, le 8 novembre 1884. Malgré le prestige de son illustre compatriote, malgré l'exemple de son Père et de son Frère, tous deux médecins, ce n'est pas d'abord vers la bactériologie ni vers la médecine qu'il se dirigea. Après d'excellentes études classiques à Poitiers, il fit, à Paris, une année de khâgne. Il en garda un souvenir inoubliable et une profonde gratitude envers ses maîtres du lycée Henri IV à qui il devait, disait-il, toute la formation de son esprit et sa méthode. Mais, à la vérité, son intelligence concrète aimait à fonder ses plus hautes spéculations sur l'observation de la nature et de la vie. C'était un médecin et un biologiste-né; et sa véritable vocation l'emporta. Il fit alors sa première année de

médecine à l'Ecole de Poitiers ; reçu à l'Ecole du Service de Santé militaire, c'est à Lyon qu'il poursuivit et termina ses études. Il garda toujours une vive reconnaissance aux professeurs de Lyon à qui il devait sa première formation médicale. Plus tard, il témoignait souvent de l'impression profonde que lui avait faite le Professeur Tripier, dont renseignement évocateur, partant des lésions de l'autopsie, recréait le tableau même de la maladie.

Il est certain que le jeune étudiant dut méditer longuement l'enseignement de son Maître ; devenu un Maître à son tour, c'est une méthode analogue que, de façon géniale et avec un bonheur constant, il appliqua à son domaine propre, celui de la bactériologie médicale. Très vite, en effet, après son stage au Val de Grâce, M. de Lavergne s'orientait définitivement vers la bactériologie. Il réussissait au Concours qui ouvrait les portes de l'Institut Pasteur.

« Pendant un an, dit-il, je m'imprégnais de l'esprit, des méthodes, des techniques en usage dans ce temple de la Bactériologie. L'ayant quitté, j'y revenais encore, tenant à l'honneur d'être considéré comme un pastorien. » Il se perfectionnera encore en Bactériologie au Val-de-Grâce au Laboratoire de la Section technique du Service de Santé que dirigeait le Professeur Sacquépée.

Il était là quand survint la guerre. Pendant les trois premières années, il suivit, comme lieutenant de brancardiers, les régiments du 17^{ème} Corps. En 1917, affecté au Laboratoire de la IV^{ème} Armée, il participa aux recherches de son chef Sacquépée sur l'étiologie de la gangrène gazeuse et la préparation de sérums antigangréneux. Enfin, ce fut l'armistice. Un an plus tard, après un concours qui lui valut l'éloge admiratif de Widal, membre de son jury, il était nommé agrégé du Val-de-Grâce. C'était la troisième fois qu'il revenait dans cette glorieuse maison. Comme élève, il y avait connu Laveran, Vaillard, Vincent. Comme Maître, il eut l'honneur d'être le collaborateur préféré de Dopter et de Sacquépée.

De cette période de la vie scientifique du Professeur de Lavergne datent ses travaux sur la gangrène gazeuse, effectués avec Sacquépée, qui lui valurent le prix Buisson de l'Académie de Médecine, ses recherches avec Besson sur les toxi-infections à Bacille de Morgan, le premier volume du grand Traité d'Epidémiologie de Dopter et de Lavergne, oeuvre considérable qui

ne sera achevée qu'en 1927. Enfin, c'est à la même époque qu'il publie, seul, ses études sur la période d'incubation de la fièvre typhoïde et la signification biologique des lésions intestinales de cette maladie, études d'une haute valeur, d'une remarquable originalité, étude féconde puisqu'elles donneront la première impulsion à l'oeuvre puissante de M. Reilly.

En 1923, M de Lavergne est nommé Agrégé d'Hygiène et de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Nancy. « *C'est alors, dit-il, dans sa leçon inaugurale, que, venu de loin, sans attache aucune avec la Lorraine, étranger autant qu'on peut l'être, je suis arrivé parmi vous...* ». Dans cette leçon prestigieuse dont tous ceux qui l'ont entendue gardent le souvenir, il assurait ses Collègues qu'il contribuerait, dans toute sa mesure, au bon renom de la Faculté. Toute sa mesure, en effet, il la donnera à la Faculté de Médecine de Nancy qu'il illustrera et dont, pendant plus de trente années, il sera le flambeau.

Dès son arrivée à Nancy, le Professeur de Lavergne prend, comme Médecin des Hôpitaux militaires, la direction du service des Contagieux et du Laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital Sédillot, qu'il conservera jusqu'à sa retraite comme Médecin-Général en 1938. Deux ans plus tard, en 1925, la clinique des Maladies contagieuses de la Faculté lui est confiée. Il dirigera ce service, transformé en 1913 en clinique des Maladies infectieuses, jusqu'à l'heure de la retraite. Ainsi, M. le Professeur de Lavergne, qui devait être titularisé en 1931 dans la Chaire de Bactériologie médicale créée pour lui, put-il unir sous sa direction, pendant de longues années, à la fois les services des Contagieux et les Laboratoires de Bactériologie civils et militaires de la région de Nancy.

Admirable instrument de travail entre de telles mains ! Dès lors, ses travaux se succèdent, plus remarquables encore par la qualité que par le nombre. Tous mériteraient d'être cités, Ne pouvant les énumérer tous, nous rappellerons seulement ceux qui sont le plus caractéristiques de sa haute personnalité et de son esprit profondément original : sur la pathogénie des paralysies diphtériques du voile du palais, sur l'infection fuso-spirillaire, sur le tracé thermique de la spirochétose ictéro-hémorragique, sur la pathogénie des accidents sériques, sur la scarlatine puerpérale, sur les variations

de la cholestérolémie au cours des infections aiguës, sur la pathogénie de la lithiase biliaire, sur l'infection ourlienne expérimentale et humaine, sur la méningite herpétique expérimentale, sur le tétanos expérimental et humain, sur la tularino-réaction et l'allergie dans la tularémie. En même temps, travailleur infatigable, il termine avec Dopter, l'œuvre monumentale que constituent les trois gros volumes de son *Traité d'Epidémiologie* ; avec Ribierre, il rédige le tome consacré à la fièvre typhoïde dans le *Traité de Médecine de Gilbert et Carnot* ; il fait paraître ensuite une belle monographie sur l'*Allergie et l'Anergie en Clinique* ; en 1927, il présente au XIX^{ème} Congrès français de Médecine, un rapport remarquable sur les septicémies. Enfin, en 1951, il consacre à la Maladie infectieuse, étude à laquelle il a voué toute sa vie, un admirable livre qui est la synthèse de son œuvre et son testament scientifique.

Il faudrait pouvoir analyser chacun des travaux, chacune des communications du Professeur de Lavergne. Cette analyse mettrait en pleine lumière l'originalité de l'hypothèse, la rigueur de la méthode, l'ingéniosité de l'expérience, la puissance de la déduction. Attiré par sa tournure d'esprit vers la recherche des mécanismes pathogéniques et des modalités de l'infection, de Lavergne s'intéressa passionnément, dès ses premiers travaux, au mystère de la période d'incubation, à cette phase inapparente de la maladie pendant laquelle, silencieusement, se tendent tous les ressorts de l'agression infectieuse.

On sait comment son génie, appliqué au problème de la fièvre typhoïde, montra que, dans cette maladie, le drame tout entier se joue au cours de la période d'incubation : pendant cette phase de latence, le microbe envahit lentement le réseau lymphatique mésentérique ; il le sensibilise ; arrivé dans le sang, il revient, « par un singulier jeu de bascule d'aller et retour », dans l'intestin. Mais, un état nouveau d'allergie s'est installé. Alors, et alors seulement, la maladie éclate, alors seulement se produisent lésions et signes fondamentaux de la fièvre typhoïde. Plus tard, étudiant les oreillons, il montrera de même que le virus est présent chez l'homme dans les méninges à la période d'incubation, et qu'il n'accède aux glandes que par un détour préalable par le système nerveux. Conduit par voie nerveuse

descendante, le virus ourlien crée alors les lésions spécifiques de la parotidite. Alors, et alors seulement, se manifestent les signes fondamentaux des oreillons et le début clinique de la maladie.

Si, dans la recherche de l'explication des maladies infectieuses, de Lavergne était aidé par une imagination créatrice incomparable et par une intelligence d'une lucidité extrême, dans l'exposé de ses découvertes, il était servi par un magnifique talent, par un style personnel. « tel à la plume qu'à la bouche », par une langue expressive et savoureuse. A la personnalité d'un savant, de Lavergne alliait une âme d'artiste. Il suffit de lire ou de relire « l'histoire merveilleuse du charbon » qui sert d'introduction à la Maladie infectieuse, pour être convaincu par une démonstration éclatante, que de Lavergne était un grand écrivain. Ainsi que lui-même le dit de Pasteur : « *Cette description, admirable entre toutes, par sa simplicité, sa rigueur et sa puissance, présente un caractère unique et proprement merveilleux* ». Et c'est pourquoi, toujours, à la fin de chacun de ses cours, « *éclataient des applaudissements et jaillissait de toutes les bouches une acclamation* ».

M. de Lavergne, en effet, était un enseignant remarquable et ses dons d'orateur ne le cédaient en rien à ses qualités d'écrivain. Chef d'école, il groupa très tôt auprès de lui toute une pléiade d'élèves dont il animait le zèle, dont il inspirait les recherches et dirigeait les expériences, auxquels il communiquait son amour de la médecine et de la bactériologie. Beaucoup d'entre eux sont devenus, depuis, professeurs, agrégés, médecins des Hôpitaux civils ou militaires. A tous, il a prodigué les marques de sa bienveillance et les témoignages de son affection ; à tous, il a donné son appui efficace et la chaude sympathie de son cœur généreux. Mais, sans doute, n'eut-il pas de disciples plus enthousiastes que les simples élèves de 2ème ou de 3ème année de médecine, qui, à chacun de leurs cours, avaient l'heureuse fortune d'entendre une « histoire merveilleuse », celle du charbon, celle de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, du BCG, et tant d'autres, à qui de Lavergne fit comprendre et aimer la médecine et qui lui gardent au fond de leur cœur une reconnaissance infinie.

Les mêmes qualités de solidité et de brillant se retrouvaient dans l'enseignement clinique de M. de Lavergne, au service des Contagieux. Du cas le plus banal en apparence, il savait toujours

mettre en lumière la particularité originale, et partir de cette observation concrète pour s'élever à des considérations générales de pathologie infectieuse. Clinicien incomparable, son diagnostic était sûr ; sa thérapeutique savait être prudente et audacieuse à la fois. Les résultats, qu'il obtenait étaient excellents, comme en font foi entre autres, ses statistiques de guérison de la méningite cérébro-spinale avant l'ère des antibiotiques, de la méningite tuberculeuse dès l'aube de la streptomycine. Mais, de Lavergne ne se bornait pas à prodiguer à ses malades toutes les ressources de sa science, il les soignait avec tout son cœur. Il était étonnant de voir combien cet homme vif, nerveux, qui ne tenait pas en place, pouvait montrer de douceur, de patience, de bonté vis-à-vis de ses malades. Il les rassurait, mettait en confiance les enfants, réconfortait les familles, affichait l'optimisme. Bien souvent, le soir, préoccupé par quelque malade en danger, il quittait le laboratoire dans une méditation anxieuse, remontait à son service, interrogeait la Sœur, l'Interne, réexaminait le patient, modifiait encore une fois le traitement. La même bonté, la même atmosphère familiale régnaient au service des contagieux militaires. M. de Lavergne était adoré de ses soldats ; comiquement, il les dénommait tous « les pères » et les traitait comme ses enfants. Auprès de jeunes recrues venues de provinces lointaines, dépaysées, effrayées par la maladie, la solitude, l'éloignement familial, il se montrait paternel, affectueux, encourageant. Souvent, de longues années après, il recevait de soldats qu'il avait soignés et guéris, des lettres naïves et touchantes, de remerciements et de reconnaissance. Sans qu'il les recherchât, les honneurs et les titres étaient venus couronner son mérite : Médecin général, Officier de la Légion d'Honneur, membre titulaire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Médaille d'Or du Service de Santé, pour ses travaux scientifiques. Président de la Société de Biologie, Membre de la Société française de Microbiologie, Membre correspondant national de l'Académie de Médecine, Membre de la Society of American Bacteriologists of New-York, Membre de l'Académie de Stanislas... Mais, à ses hautes qualités intellectuelles, de Lavergne unissait la vertu d'une extrême modestie. Aussi, ne prêtait-il qu'une médiocre attention aux distinctions qui viennent auréoler les succès de la carrière. Bien qu'il eût une juste conscience de sa valeur, il se

satisfaisait difficilement lui-même, soumettait toute son œuvre à une critique serrée, et hésitait longuement avant de publier ses plus belles découvertes.

Dédaigneux d'un encens grossier, il se montrait sensible à l'estime de l'élite, heureux du suffrage et de l'approbation que ses Pairs lui réservaient. Fuyant les assemblées nombreuses, il préférait les entretiens intimes et familiers avec d'anciens et fidèles amis et quelques disciples choisis. De caractère très gai, extrêmement cultivé, s'intéressant à tout, aimant la poésie et la musique, ses goûts romantiques lui faisaient préférer Victor Hugo, Balzac, Tolstoï, Beethoven, Chopin, Weber. C'est dans l'intimité de son foyer qu'il goûtait ses délassements favoris. Le cercle de famille n'était pas pour lui un vain mot. D'une extrême sensibilité, tendre, émotif et passionné, il ressentait profondément les blessures de la vie, mais, aux heures de joie comme aux heures de soucis, de chagrins et de deuils, il trouva toujours auprès des siens l'affection et le soutien dont il eut besoin. Mme de Lavergne fut pour lui une compagne admirable ; vivant intensément la vie de son mari, elle en partagea les espoirs, les peines, les succès. Elle sut l'entourer de sa tendresse attentive, de son inlassable dévouement, et de tout son amour. Ses enfants, qu'il aimait tendrement, avaient pour lui une profonde affection mêlée d'admiration, et, vivant avec lui dans une intimité constante, ils lui rendirent en joies, en jeunesse, en gâté, tous les soins qu'il leur avait prodigués.

Il eut la satisfaction de voir son fils, Emile, le plus jeune de ses disciples, suivre sa trace, être reçu premier au Concours d'agrégation et, quelques mois plus tard, réussir brillamment au Concours des Hôpitaux. La mort est venue brutalement mettre un terme à ce bonheur familial, mais le souvenir de M. de Lavergne restera impérissable au sein de la Faculté qu'il a illustrée, et dans le cœur de ses Amis et de ses Elèves. Puissent ces témoignages de fidélité et d'affection apporter quelque adoucissement, dans leur extrême chagrin, à Mme de Lavergne et à ses Enfants, et leur dire combien la mémoire de ce grand Maître demeurera profondément gravée dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu et aimé.

Eloge du Professeur Pierre Kissel

Marcel Dufour (1868-1946)

La chaire de physique échut en 1919 à Lambert, agrégé de physiologie. Il la conserva peu de temps, puisqu'il fut transféré à la chaire de physiologie en 1924.

Ce fut Marcel Dufour qui lui succéda. Nancéien, il avait fait de très solides études de sciences - élève à l'Ecole normale supérieure - avant de faire sa médecine. Agrégé de physique à la Faculté de Médecine de Nancy en 1907, il avait été nommé Professeur titulaire à Alger en 1914 ; il avait eu à y diriger deux services d'ophtalmologie pendant la guerre.

Son œuvre scientifique - de grande valeur - fut avant tout consacrée à l'optique et à ses applications à la correction de la vue. Citons aussi de lui deux publications dans lesquelles il attire l'attention des biologistes et des médecins sur l'intérêt qu'il y aurait pour eux à utiliser le calcul des probabilités pour interpréter leurs données statistiques ; c'était en 1929 !

Il dut prendre une retraite anticipée en 1934, victime des fameux décrets Laval ; de plus, toujours pour raison d'économies, la chaire fut supprimée.

*Extrait de « Les sciences physiologiques et physico-chimiques » par le Professeur Pierre Arnould
Numéro Spécial du Centenaire de la Revue (1874-1974) - Annales Médicales de Nancy*

Maurice Gosserez (1912-1985)

Ce sont les hasards de la carrière militaire de son père qui ont fait naître Maurice Gosserez à Montpellier, loin du berceau de sa famille, lorraine de vieille souche et implantée depuis de très nombreuses générations sur les bords de la Moselle. Mais, très jeune, il va regagner ce petit village de Belleville, où se dérouleront les années de son enfance et de son adolescence. C'est à Pont-à-Mousson, tout proche, qu'il effectuera brillamment ses études secondaires.

Il s'inscrit à la Faculté de Médecine de Nancy qu'il ne quittera plus, après avoir franchi toutes les étapes qui le mèneront au Professorat. Il lui fallait tout d'abord réussir aux différents concours qui jalonnaient alors la vie hospitalière. D'abord, externe des Hôpitaux en 1933, il passait brillamment les épreuves de l'internat dont il était le major de la promotion 1937. Mais survint alors la deuxième guerre mondiale, durant laquelle il accomplit avec courage ses obligations militaires.

Après le désastre de 1940, il devait se trouver replié dans le Midi avec sa formation sanitaire et, très naturellement, c'est à Montpellier, sa lointaine ville natale, où il avait encore de la famille, qu'il devait trouver refuge. Il fut recueilli par le Professeur Terracol, Maître éminent de l'ORL, qui était resté très attaché à ses racines strasbourgeoises et qui devait devenir un guide précieux pour la carrière de Maurice Gosserez.

Mais, dès 1942, malgré les difficultés de franchissement de la frontière de la « zone interdite », Gosserez parvenait à rejoindre Nancy où il reprenait ses fonctions d'interne en particulier dans le service du Professeur Chalnot où il s'initiait aux gestes de la chirurgie générale, bien utiles à celui qui voulait se spécialiser. Dès 1944, en effet, il était nommé Assistant des Hôpitaux dans le service d'ORL et finalement spécialiste dans cette discipline au concours de 1948. Sa carrière hospitalière ainsi couronnée de succès, devait se compléter du point de vue universitaire par l'agrégation des Facultés de Médecine qu'il remporta brillamment au concours de 1955 dans le domaine de sa spécialité.

La carrière de Gosserez va se poursuivre heureusement aussi bien sur le plan hospitalier que sur le plan universitaire. La spécialisation

dans ce que l'on appelait alors la Chirurgie maxillo-faciale, l'attira immédiatement et il y acquit une très grande maîtrise après avoir d'ailleurs perfectionné ses connaissances auprès de maîtres français, en particulier du Professeur Dechaume, mais aussi à Londres auprès d'un spécialiste de très grande réputation, Sir Archibald Mac Indoe.

C'est ainsi que pour reconnaître cette haute spécialisation, la Commission des Hospices de Nancy créait en 1951 le service de Chirurgie maxillo-faciale dont la direction lui était confiée. A cette époque, la Stomatologie était intimement liée à l'ORL et à la Chirurgie maxillo-faciale, et c'est ainsi que Gosserez fut appelé par la Faculté à diriger l'Institut Dentaire de 1956 à 1961. Il faut rappeler qu'à cette époque l'enseignement dentaire était dispensé dans un Institut dépendant directement de la Faculté de Médecine. Il avait été animé pendant de nombreuses années par le Docteur Armand Rosenthal, à l'activité duquel on doit la construction de ces beaux bâtiments de la rue du Dr. Heydenreich.

Depuis sa disparition, l'Institut n'avait plus que des directeurs intérimaires et c'est seulement à la nomination du Professeur Houpert qu'il devait retrouver un animateur remarquable. Malheureusement, sa présence devait être de courte durée car, frappé par la maladie, il fut éloigné de son service et Gosserez fut appelé à nouveau à prendre la responsabilité de l'Institut.

Sa carrière universitaire devait être couronnée par sa nomination au rang de Professeur titulaire de clinique stomatologique, le 1er octobre 1960. C'est pendant vingt ans jusqu'à sa retraite, en 1980, qu'il devait diriger ce service avec un très grand dévouement et un grand succès. L'enseignement et la clinique devinrent par une évolution normale de son domaine : la Chirurgie plastique et reconstructive. Gosserez sut s'entourer de brillants élèves de telle sorte que cette spécialité devint l'une des plus renommées de notre CHR.

Durant toute sa carrière, Gosserez a beaucoup travaillé et publié de nombreuses monographies consacrées à son domaine préféré. Son premier travail important a été sa thèse de Doctorat en Médecine soutenue à Nancy en 1944 : « l'innervation motrice du voile du palais ». Grâce à de multiples dissections pratiquées sur le cadavre et à des expérimentations animales, Gosserez put préciser non

seulement le trajet périphérique et l'épanouissement au niveau du voile des différents filets nerveux qui y aboutissent, mais surtout de préciser leur origine radulaire crânienne et par conséquent leurs noyaux au niveau des centres bulbo-protubérantiels. Cette thèse très remarquée fut éditée cinq ans après à Paris chez Doin. Elle comporte en particulier quatre belles planches anatomiques. Il n'est guère de sujet ressortissant à l'ORL, à la Stomatologie ou à la face qui n'aient fait l'objet de recherches de la part de Gosserez. Notre collaboration devait nous amener en particulier à préciser l'origine et les possibilités du traitement des malformations médianes de la face. Intrigués, en effet, en particulier par les fistules médianes du dos du nez, nous parvenions à l'idée qu'il s'agissait en l'occurrence d'une persistance du canal neuroporal antérieur. On pouvait dès lors établir un parallélisme entre les défauts de fermeture du neuropore postérieur donnant le tableau clinique fréquent et bien connu du spina-bifida et de ses nombreuses variétés avec celui des défauts de fermeture du neuropore antérieur s'exprimant lui aussi par de nombreuses formes cliniques : kystes, fistules, fentes, etc... siégeant au niveau du dos du nez.

Les nombreuses occupations universitaires et hospitalières de Gosserez furent complétées par des responsabilités administratives. Sa compétence devait l'amener tout naturellement à faire partie de nombreux organismes locaux et nationaux. Appelé au Comité Consultatif des Universités, il y défendit avec beaucoup d'enthousiasme ses collègues de la spécialité ; c'est grâce à son intervention d'ailleurs que fut créée cette nouvelle discipline intitulée « chirurgie plastique et reconstructive de la face ». Mais c'est surtout sur le plan local que son action fut la plus remarquable. Nommé vice-président de la Commission Administrative des Hôpitaux de Nancy en 1966, il devait déployer une activité remarquable dans ses nouvelles fonctions. Le CHR de Nancy était alors en pleine transformation. Les travaux de construction de Brabois étaient déjà bien engagés, mais il fallait les mener à bien en suivant très attentivement leur déroulement, ce qui représentait une tâche très considérable. Mais l'action de Gosserez fut surtout marquée par l'acquisition de l'Hôpital Jeanne d'Arc situé sur le territoire de Dommartin-lès-Toul.

En plus de ses activités hospitalières, Gosserez avait été nommé auparavant Conseiller Municipal de la Ville de Nancy. Il s'y fit remarquer par ses nombreuses interventions surtout en faveur des Arts et Lettres et de la communication. Cette activité et ce dévouement pour la chose commune furent d'ailleurs reconnus par le Ministère de la Santé Publique qui lui décerna le grade de Chevalier de l'Ordre National du Mérite en 1973, de même qu'il avait reçu entre temps la croix de Chevalier des Arts et Lettres.

Gosserez était un homme de très grand dévouement vis-à-vis de ses malades et de ses nombreux amis qui furent amenés bien souvent à apprécier ses qualités de cœur. Son enthousiasme était communicatif. Il savait créer autour de lui de solides amitiés et de nombreux disciples. Après une longue et pénible maladie, supportée avec un courage admirable, il s'est éteint le 29 avril 1985 à Neuilly.

Eloge du Professeur Antoine Beau (extraits)

Jean Lochard (1918-2008)

Jean Lochard nous a quittés le 5 mai 2008 ; il était né quelques jours après l'Armistice de la Première Guerre Mondiale en Franche-Comté. Après de brillantes études secondaires à Montbéliard, il entre en médecine à Besançon où il est externe en 1937 et aide d'anatomie en 1938, année où il est reçu à l'Externat des Hôpitaux de Paris. Il fait son service militaire dans la Légion Etrangère et sera médecin capitaine de réserve. Finalement, c'est à Nancy, où il est reçu à l'Internat en 1942, qu'il va se fixer. Ses deux premières années d'internat sont consacrées à la médecine dans les services de Clinique Médicale des Professeurs Drouet et Abel. C'est par scrupule et par honnêteté que le futur médecin de campagne qu'il voulait devenir, consacre une année d'internat à la chirurgie. Son appréhension et ses craintes sont effacées en quelques mois et la chirurgie, cet art, une découverte totale pour lui, va le passionner parce que, je le cite : *« Œuvre harmonieuse des mains et de l'esprit, elle s'exerce dans l'objectivité et la vérité et parce que beaucoup plus que toute autre activité humaine, elle permet d'approcher l'homme réel. »*

Deux maîtres vont le guider dans sa découverte :

- Le Professeur Hamant lui apprend le geste net, rapide, efficace, harmonieux, la chirurgie anatomique.
- Le Professeur Chalnot lui enseigne par l'exemple et le travail en commun de tous les jours, ce que doit être la chirurgie au-delà du geste manuel : les nuances d'un diagnostic chirurgical qui doit rester aussi minutieux, patient et réfléchi que celui d'un médecin, la sincérité dans la recherche de nos erreurs et l'analyse de nos échecs, le scepticisme et l'enthousiasme à la fois, scepticisme devant le relativité et la fragilité des vérités d'aujourd'hui, et enthousiasme devant l'essor de la chirurgie, tout spécialement au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale. Au-delà du métier, le Professeur Chalnot lui apprend qu'un patron peut aider ses élèves. Jean Lochard devient son premier chef de clinique à la Clinique Chirurgicale A en 1947 et plus tard, en 1953, il en devient le premier professeur agrégé, premier de la longue liste qui a constitué « l'Ecole Chalnot ». Jean Lochard assiste également son maître dans son activité au Centre

Anticancéreux et au Service de Chirurgie de la Tuberculose, à l'Hôpital Sanatorial Villemin, service créé en 1948 à l'instigation du doyen Simonin.

Après avoir été formé à cette chirurgie thoracique alors en plein essor, Jean Lochard se voit confier par le Professeur Chalnot la charge de ce service avant qu'il n'en prenne officiellement la chefferie en 1957, ayant été nommé préalablement chirurgien des hôpitaux en 1953. Il assiste aussi son maître à la création et au développement d'un service de chirurgie expérimentale, laboratoire d'essais de la chirurgie cardiaque dont la progression est rapide. Fidélité, amitié, estime et admiration réciproques ont toujours lié Pierre Chalnot et Jean Lochard.

Les travaux scientifiques du Professeur Lochard appartiennent pour l'essentiel au domaine de la chirurgie pulmonaire et médiastinale. La chirurgie de la tuberculose domine entre 1947 et 1965, représentant 90 % de l'activité alors qu'elle devient très minoritaire à partir de 1970. Il faut mentionner particulièrement l'intérêt que Jean Lochard porte à l'arbre aérien, aux tumeurs médiastinales et notamment aux goîtres plongeants, aux traumatismes thoraciques, à l'emphysème pulmonaire et à la pathologie pleurale. En outre, il saura s'adapter aux évolutions rapides de sa discipline chirurgicale spécifique et il conservera une activité de chirurgie générale, surtout viscérale, abdominale et pelvienne.

Chargé de cours de propédeutique chirurgicale (1953) puis de pathologie chirurgicale (1955), il devient titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale en 1960. Le 16 mai 1961, il prononce à l'amphithéâtre Parisot sa leçon inaugurale qui reste dans toutes les mémoires. Précurseur, il souligne déjà le problème des infections acquises en milieu hospitalier chirurgical et insiste sur les mesures à prendre, tant dans le dépistage que dans la prophylaxie, souhaitant avant l'heure, la création de ce que seront les CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales). Très favorable aux unités de soins et de recherche pluridisciplinaires, il craint cependant la déshumanisation de la médecine car le malade demeure sa préoccupation essentielle. Ses réflexions profiteront à l'organisation de son service hospitalier et aussi aux structures privées dont il sera le fondateur. En effet, son dynamisme, ses qualités au sens noble

d'entrepreneur, l'amèneront à créer la Clinique Jeanne d'Arc puis, avec le Professeur Pierre Lamy, la Polyclinique de Gentilly. Ses qualités d'ouverture, d'accueil, de disponibilité et d'humanité lui permettent de prendre en charge pendant 20 ans l'enseignement de la chirurgie aux étudiants étrangers, CES notamment, le conduisant à établir des liens solides d'amitié avec des pays d'Afrique, particulièrement le Mali. Le Professeur Lochard a toujours été à l'écoute des problèmes humains rencontrés et ainsi il cautionnera, sous son autorité morale et non sans difficulté, la prise en charge et le bon déroulement de l'interruption volontaire de grossesse dans le cadre légal requis au sein du CHU.

Jean Lochard continuera d'affirmer sa liberté d'esprit en quittant à 62 ans ses fonctions hospitalo-universitaires, au moment qu'il jugera opportun.

Sportif depuis toujours, passionné de tennis, de montagne et de ski, à l'abri des honneurs et des lumières, il se consacra aux forêts. Il adorait toutes les montagnes des Vosges à l'Himalaya en passant par les Alpes, il aimait encore plus les montagnards.

Ayant eu l'honneur et le privilège d'être son collaborateur de 1960 à 1980, je garderai de lui le souvenir d'un honnête homme et d'un grand patron.

Eloge du Professeur Jacques Borrely

Gaston Michel (1874-1937)

Au cours des derniers mois, la Faculté a eu la douleur de perdre un de ses maîtres les plus aimés, le Professeur de clinique chirurgicale Gaston Michel. Né dans la Meuse, à Bussy-la-Côte, le 19 août 1874, Gaston Michel avait pris sa première inscription de médecine le 22 avril 1893, aide d'anatomie de 1894 à 1895, prosecteur de 1895 à 1896, externe puis interne des hôpitaux, il soutint sa thèse de doctorat le 11 mai 1898. Il devint peu après chef de clinique chirurgicale dans le service du Doyen Gross et fut nommé agrégé de chirurgie le 1er novembre 1901. A la fin de ses neuf années d'agrégation, la Faculté le chargea, en qualité d'agrégé libre, du cours de médecine opératoire qu'il devait conserver jusqu'au 1er novembre 1921, date de sa titularisation comme professeur de médecine opératoire puis comme professeur de clinique chirurgicale. Telle est, rapidement résumée, la carrière universitaire du Professeur Gaston Michel.

Il n'avait pas tardé à occuper une place de premier plan parmi les chirurgiens français et étrangers. L'Association française de chirurgie, l'Académie de chirurgie, la Société internationale le comptaient parmi leurs membres actifs ou correspondants. Au milieu de très nombreuses publications, empreintes d'un très grand sens clinique, je rappellerai surtout son beau travail sur la pancréatite présenté en 1911 au Congrès de Bruxelles, son rapport au Congrès de Paris de 1926 sur les arthrites gonococciques et son important mémoire sur les lésions traumatiques du rachis, mémoire présenté au Congrès international des accidents du travail, à Genève, en 1931. Il eut le grand honneur, en octobre 1935, de présider à Paris le Congrès français de chirurgie. Il prononça, à cette occasion, un magnifique discours où il célébrait en termes élevés la profession du chirurgien et le rôle qu'il est appelé à jouer dans la Société.

Gaston Michel n'ayant pas fait de service militaire, la mobilisation de 1914 le surprit dans un modeste emploi de soldat du service auxiliaire: dès les premiers jours de la guerre, il fut néanmoins et, fort heureusement, placé à la tête d'un important service chirurgical à l'hôpital du Bon Pasteur de Nancy où il sut donner la mesure de son

dévouement. Plus tard, au moment de l'évacuation de la plupart des services hospitaliers de la ville, il fut mobilisé, reçut une affectation correspondant à sa situation universitaire et fut affecté à l'Hôpital d'armée de Saint-Nicolas où il reprit son enseignement clinique à l'Ecole d'Instruction organisée pour les étudiants mobilisés. Il fut décoré de la Légion d'honneur au titre militaire.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur cette belle carrière, il est des constatations pleines d'enseignement. Agrégé de chirurgie à l'âge de 27 ans, Gaston Michel devint agrégé libre en 1910. Il n'avait pas eu l'honneur d'être pérennisé, bien qu'ayant vaillamment combattu pendant plusieurs années pour obtenir le vote du décret sur la pérennisation de l'agrégation, décret paru quelques mois avant la fin de son mandat d'agrégé. Il resta agrégé libre jusqu'en 1921, soit pendant onze ans. Je sais bien qu'il y eut dans cet intervalle près de cinq années de guerre, mais sans la guerre la situation ne se fut pas modifiée à son avantage. Ces chiffres et ces constatations sont, je crois, de nature à calmer l'impatience de certains jeunes qui, de nos jours, veulent à tout prix brûler les étapes, s'imaginant - et combien à tort - que leurs aînés sont arrivés, sans avoir jamais attendu leur tour, aux plus hautes situations universitaires.

Chirurgien habile, d'un dévouement et d'un désintéressement à toute épreuve, d'une haute conscience professionnelle, Gaston Michel avait acquis une très grande notoriété. Innombrables furent les malades qui se confièrent à lui. C'était un excellent professeur, d'un diagnostic sûr autant que prudent, très expert en l'art de poser les indications opératoires. Très aimé des étudiants qui fréquentaient son service, il avait réuni autour de lui une pléiade de collaborateurs. On vit rarement union plus affectueuse entre le maître et ses disciples. Gaston Michel fut pour ses anciens camarades et pour ses collègues un ami très fidèle.

D'un tempérament habituellement très calme, il avait parfois des sautes d'humeur que rien ne paraissait légitimer. D'une stature imposante, il s'emportait, paraissait vouloir tout renverser, mais redevenait bien vite très doux, très bon et très conciliant. Peut-être certains se souviennent-ils aujourd'hui d'avoir quelque responsabilité dans ces emportements aussi vite apaisés que déchaînés.

Gaston Michel fut enfin un bon patriote très attaché à sa petite patrie.

Il sut faire revivre en milieu académique les maîtres de la vieille université de Pont-à-Mousson et du collège royal de chirurgie de Nancy. Il était devenu en quelque sorte l'historien de notre Faculté de Médecine. Il était un fervent admirateur de notre pays lorrain.

En 1896, pendant notre internat, au cours d'un voyage en Russie, à l'occasion du Congrès international de Moscou, nous nous étions arrêtés à Cracovie. Il faisait une admirable journée et la chaleur était torride. Nous avons abandonné Gaston Michel sur un banc, dans un jardin public. La visite de la ville effectuée, nous l'avions retrouvé accablé, toujours à la même place. Lorsque nous lui avons demandé : « *Comment as-tu passé ton après-midi ?* ». Il nous avait répondu : « *J'ai hâte de rentrer dans la Meuse : l'ouverture de la chasse est proche* ». Ce jeune interne des hôpitaux ne s'occupait plus de son voyage et des merveilles qu'il se faisait une fête d'admirer. Il songeait aux horizons de son pays natal, aux labours de ses plateaux, à ses ruisseaux et à ses forêts. Il repose maintenant là-bas, dans cette terre qu'il a tant aimée. Nous garderons, dans cette Faculté, pieusement et fidèlement, le souvenir de celui qui fut un bon médecin, un maître dévoué et un excellent ami.

Eloge du Professeur Louis Spillmann

Jacques Parisot (1882-1967)

L'austère simplicité formellement demandée par le Doyen Jacques Parisot pour la cérémonie de ses obsèques, a laissé dans le souvenir de tous ceux qui y ont assisté une profonde marque d'émotion et de grandeur. Cette volonté de refus des éloges était bien l'aboutissement d'une ligne de conduite toujours parfaitement droite de celui qui, ayant œuvré sans relâche durant toute une longue existence, n'attachait que bien peu de valeur aux manifestations extérieures et n'acceptait les honneurs que comme la récompense naturelle de son labeur acharné.

C'est pour obéir à l'exemple qu'il nous a donné et aux consignes qu'il nous a laissées que les paroles que je vais prononcer ici, au milieu de cette assemblée de Faculté, ne seront pas un vain éloge, mais un exposé aussi objectif que possible de la carrière universitaire d'un des maîtres de notre maison. Elles voudront surtout être un hommage pour tout ce que nous lui devons pour la grandeur et le rayonnement de l'enseignement médical à Nancy.

Le 7 octobre 1967 ne représente pas seulement pour nous tous la perte d'un maître vénéré, et d'un collègue hautement estimé ; cette date marque en plus la fin d'un très long chapitre d'histoire de notre institution, histoire de cent trente-sept années durant lesquelles la famille Parisot a été intimement unie à l'évolution, au développement, au prestige de l'école de médecine de Nancy, à sa faculté ensuite..

Le 8 novembre 1830, un jeune étudiant de 19 ans s'inscrivait pour la première fois sur les registres de l'école secondaire de Médecine ; Victor Parisot était le premier représentant de cette famille qui devait donner cinq professeurs à notre Faculté. Titulaire de la chaire de clinique interne à l'école puis à la Faculté de Médecine, il fut un clinicien de renommée. Son frère, Léon Parisot, de quatre ans son cadet, devenait en 1849 titulaire de la chaire d'anatomie et de physiologie de l'école de médecine. Une mort prématurée, en 1871, survenait au moment même du traité de Francfort, dont une des conséquences fut le transfert à Nancy de la Faculté de Strasbourg.

Pierre Parisot a suivi l'exemple de son père Victor. Agrégé de

médecine, il devint un éminent médecin légiste dont les interventions retentissantes dans les grands procès sont restées célèbres dans les annales judiciaires. Son beau-frère, Albert Heydenreich, fut un remarquable chirurgien et un administrateur averti ; doyen de la Faculté de Médecine, il fut enlevé trop tôt à la grande estime de tous ses collègues. C'est de cette longue lignée et de cette noble tradition d'enseignement médical que Jacques Parisot était l'héritier ; il sut non seulement s'en montrer parfaitement digne mais porter encore plus haut le flambeau qui lui avait été transmis par ses pères.

Né à Nancy le 15 juin 1882, c'est tout naturellement à la médecine que Jacques Parisot se destine. Brillant élève de la Faculté, il se distingue immédiatement parmi ses camarades étudiants et recueille déjà de nombreuses distinctions : prix de physiologie en 1902, prix de médecine en 1903, prix de l'Internat et prix Bénit en 1906, enfin prix de thèse en 1907. Sa carrière universitaire va s'ouvrir dès l'âge de 20 ans, en 1902, il est nommé après concours en qualité d'aide préparateur, puis de préparateur titulaire au laboratoire de physiologie, dirigé alors par le Professeur Meyer. Durant quatre années, il participe activement aux travaux de ce laboratoire non seulement pour l'enseignement mais plus encore pour la recherche. Nommé chef de clinique médicale en 1906 dans le service alors dirigé par le Professeur Paul Spillmann, Jacques Parisot n'en continue pas moins à poursuivre ses travaux de recherche fondamentale.

Dès son clinicat terminé, il se présente, en 1910, au concours d'agrégation de médecine générale où il est déclaré admissible. Il est alors chargé des conférences de clinique médicale et de pathologie dans le service du Professeur Schmitt, dont il assure la suppléance. En 1913, il est reçu définitivement à l'agrégation de médecine générale, juste avant la première guerre mondiale qui devait interrompre ses activités universitaires.

A son retour, après la fin des hostilités, la Faculté de Médecine lui confie, en 1919, la charge de l'enseignement de la pathologie générale et expérimentale, discipline à laquelle il était particulièrement bien préparé du fait de sa double formation physiologique et médicale. Nommé professeur sans chaire en 1925, il accède ainsi à l'âge de 43 ans, au Conseil de la Faculté, où son père

siège depuis de nombreuses années déjà. Enfin, en 1927, à la suite de la retraite du Professeur Macé, il est désigné comme titulaire de la chaire d'hygiène et de médecine préventive qu'il occupera jusqu'à sa retraite. C'est dans cette chaire que Jacques Parisot devait donner toute sa mesure.

Au lendemain de la première guerre, le pays était profondément meurtri malgré sa victoire. Il était nécessaire de panser ses plaies et de venir en aide aux nombreuses détresses physiques et morales, séquelles douloureuses de longs combats, il fallait préserver la nouvelle génération appelée à prendre la relève de ceux qui étaient tombés au combat. C'est ainsi que, résolument, Jacques Parisot changea totalement son orientation ; abandonnant la recherche fondamentale, c'est vers les applications pratiques de l'hygiène sociale et de la médecine préventive que tous ses efforts vont se tendre. Avec une persévérance sans relâche, une ténacité imperturbable, il va, durant un demi-siècle, devenir un réalisateur incomparable dans notre ville, dans notre département et dans toute la région lorraine.

Sa parfaite réussite fera de son œuvre un modèle et tout naturellement c'est vers ses conseils que se tourneront les dirigeants de notre pays puis ceux de tous les pays du monde. Avec une parfaite sérénité, il acceptera les responsabilités les plus lourdes et les plus multiples, son action sera toujours pleinement efficiente et couronnée de succès. Aussi est-ce vers lui que le Conseil de la Faculté se tourna en 1949 pour prendre à un moment difficile la charge décanale. En l'espace de six ans, le Doyen Parisot devait prouver son sens de l'organisation et sa puissance de réalisation.

Développement des moyens d'enseignement, stimulation de la recherche, direction ferme mais justifiée par une incontestable autorité telles furent les objectifs qu'il s'était fixés, et auxquels il parvint rapidement. Il fallait alors donner à nos locaux étriqués et désuets de l'espace et de la lumière, dégager des laboratoires encombrés, assurer à l'administration des moyens décents d'exécution. Cette tâche, il la réalisa en bien peu de temps. Enfin, la Faculté fut dotée d'un grand amphithéâtre digne de ce nom et de locaux de réception adaptés à leur mission. C'est très justement que la Faculté a témoigné et sa gratitude et son admiration pour cette

œuvre en donnant le nom de son réalisateur à ce nouvel amphithéâtre. Tous les jours, nous pouvons apprécier la qualité de l'œuvre accomplie et des perspectives d'il y a près de vingt ans qui se sont montrées si exactes.

Mais toutes ces qualités d'organisateur et de réalisateur risquent de nous faire oublier que pendant de nombreuses années, Jacques Parisot s'adonna avec ardeur à la recherche scientifique et que son œuvre médicale constitue un appoint remarquable à nos connaissances dans le domaine de l'endocrinologie plus spécialement. Au début de ce siècle, la Faculté de Nancy fut un foyer actif des recherches dans un domaine alors presque inexploré, celui des glandes endocrines. Sous l'impulsion de Prenant et de Nicolas, relayés par Ancel et Bouin, une véritable école endocrinologique se fonda dans notre Faculté. Les morphologistes purs entraînèrent dans leur sillage les physiologistes comme Meyer, Herrmann, Jeandelize et Lambert, c'est dans cette école que Jacques Parisot fit ses premières recherches.

C'est une liste de 175 publications que Jacques Parisot pouvait présenter, dès 1913, lors de son concours d'agrégation. L'ensemble de ses travaux se rapporte avant tout aux glandes à sécrétion interne, à leur action spéciale sur l'appareil cardio-vasculaire au point de vue clinique, expérimental, anatomopathologique, comportant parfois certaines déductions thérapeutiques. C'est ainsi que pendant plusieurs années, Jacques Parisot orienta essentiellement ses recherches sur les surrénales, la thyroïde, l'hypophyse, les glandes génitales, le foie et les reins. Il envisagea plus spécialement le rôle que plusieurs d'entre elles pouvaient jouer dans la pathogénie de certains diabètes ou glycosuries. L'action des sécrétions internes sur l'appareil cardio-vasculaire l'amènèrent à étudier les lésions, la pathogénie, le mécanisme étiologique de l'athérome expérimental et de l'athérome spontané. Le résultat de ces recherches fut consigné dans sa thèse inaugurale présentée en 1907 sous le titre de « pression artérielle et glandes à sécrétion interne », œuvre très remarquable éditée en monographie qui fut couronnée non seulement du prix de thèse de la Faculté mais du prix Bourceret, de l'Académie de Médecine.

Nombre de ces recherches furent poursuivies en collaboration étroite avec un de ses amis, le Doyen Maurice Lucien. Le travail en

commun de l'anatomiste et du physiologiste eut de très heureux et remarquables résultats. C'est durant de très nombreuses années que cette collaboration amicale devait durer et se manifester par de multiples publications.

Avec la participation de Gabriel Richard, Jacques Parisot et Maurice Lucien devaient créer, en 1923, la revue française d'endocrinologie, seul périodique français dans cette discipline et qui, jusqu'aux funestes moments de 1940, devait assurer le rayonnement de la pensée française dans ce domaine. En même temps, ils entreprenaient une œuvre monumentale et de longue haleine, la publication d'un traité d'endocrinologie dont les cinq tomes parus avec une constante régularité, prouvent le labeur infatigable et l'étonnante maîtrise de leurs auteurs.

Jacques Parisot ne fut pas seulement un chercheur mais encore un excellent médecin ; externe des hôpitaux en 1902, interne au concours de 1906, il devint rapidement chef de service des consultations externes, puis de la clinique des maladies de la tuberculose à l'hôpital sanatorium Villemin où il garde ses fonctions durant de très longues années malgré les multiples charges qui l'accablaient.

Mais au travers du professeur, du Doyen, du chercheur, du médecin, il y a l'homme dont les qualités transparaissent avec un éclat tout particulier. Nous ne verrons plus cette silhouette de grand seigneur d'aspect un peu hautain et dédaigneux qui cachait en fait un cœur très profondément humain et compréhensif. Homme de grand caractère, il savait diriger, avec une poigne parfois un peu rude la barre qui lui était confiée. Il savait surtout s'entourer d'une pléiade de collaborateurs dont le dévouement au patron devenait bien vite sans limites.

La force de son âme, la grandeur de son caractère, il a su les manifester avec une sérénité exemplaire durant les rudes épreuves qu'il a dû traverser. La guerre de 14-18 tout d'abord dont il revint avec quatre citations, la guerre de 39-40 et la captivité en Alsace ensuite. Mais ce fut surtout l'atroce déportation dans les camps de concentration hitlériens où il fit preuve d'un sang-froid inaltérable et d'une ténacité que rien ne rebutait.

D'exceptionnelles distinctions (Grand-croix de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre 14-18 (4 citations) et 39-45 (1 citation), Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques, titulaire de nombreuses autres décorations Françaises et étrangères, Membre Correspondant de l'Académie Nationale de Médecine) sont venues récompenser ses mérites et son labeur, il a su les accepter sans aucune vanité et sans en tirer une gloire particulière.

Si l'on n'emporte de cette terre que le bien qu'on y a fait c'est les mains pleines que Jacques Parisot nous a quittés. Son existence tout entière n'a-t-elle pas été consacrée à soulager la misère physique et morale d'autrui. Toutes ses œuvres destinées à l'enfance, aux adultes, aux vieillards ne constituent-elles pas un témoignage éclatant de la bonté fondamentale d'un homme qui a passé toute sa vie, jusqu'à l'épuisement de ses forces, à venir au secours de toutes les détresses. Ils sont légion tous les infirmes, les inadaptés, les blessés, les malades, les impotents qui ont trouvé dans l'une ou l'autre des institutions qu'il avait créées, un soulagement à leur malheur ou une guérison à leur maladie.

La Faculté de Médecine de Nancy a perdu en Jacques Parisot de ses maîtres les plus éminents, un de ses doyens les plus actifs ; Nancy a perdu un de ses fils dont elle doit être fière, la France a perdu un ardent patriote, mais surtout l'humanité a perdu en lui un de ses grands bienfaiteurs.

Eloge du Professeur Antoine Beau

Marcel Ribon (1921-2006)

Le Professeur Ribon vient de nous quitter à l'âge de 85 ans. Vie particulièrement riche et active : Médecin-Accoucheur, Professeur, Chef d'Ecole, Erudit, Historien ; homme de conviction, il a mis la même passion dans toutes ses entreprises.

Comment évoquer son œuvre sans commencer par l'Obstétrique et la Maternité de Nancy. Il y était arrivé en 1942, à l'âge de 21 ans, en tant qu'externe du Professeur Fruhinsholz. Il ne la quittera qu'en 1989.

Au cours de ces 47 années, Ribon a marqué très profondément de sa personnalité la Maternité: il lui a beaucoup apporté, et ses initiatives ont grandement contribué à la faire évoluer vers l'établissement moderne qu'elle est aujourd'hui. Ainsi qu'il l'écrivait lui-même : *« L'inclination que j'ai ressentie pour l'Art des Accouchements n'a assurément jamais faibli ; bien au contraire, désireux d'assurer cette discipline sur des bases plus modernes et plus scientifiques, j'estimais qu'elle ne pouvait rester contenue entre d'étroites frontières. »* C'est bien cette ligne directrice qui a guidé la carrière de Ribon, l'amenant à consacrer toute son énergie à l'Obstétrique et aussi à la Biologie, à la Néonatalogie, à la Gynécologie.

Les premières années qu'il passe à la Maternité lui permettent d'acquérir, auprès de son Maître, le Professeur Vermelin, finesse du diagnostic et technicité dans les manœuvres obstétricales qu'il enseigne à son tour magistralement. Il est alors Chef de Clinique puis Chef de Travaux d'Obstétrique. Ayant d'emblée choisi d'exercer à temps plein en milieu hospitalier, il se présente dès l'âge de 28 ans au concours d'Agrégation, mais sans succès. Sachant qu'il faudrait attendre neuf ans pour le concours suivant, beaucoup se seraient découragés. Pas lui. Avec l'opiniâtreté et la détermination qui étaient les siennes, il transforme cet échec en avantage et, parallèlement à son activité obstétricale, entreprend des études de biologie à la Faculté des Sciences, études qui le menèrent jusqu'à un Doctorat d'Etat.

Il met immédiatement ses recherches en application et crée, puis dirige, un Laboratoire de Biologie Sexuelle à la Maternité. Après

cette première étape, **il** se tourne vers les nouveau-nés et les prématurés pour leur assurer les meilleurs soins : ce sera le passage de la puériculture à la néonatalogie ; il prend dès 1961 la responsabilité du Centre de Prématurés et le fait évoluer vers un service hospitalo-universitaire de Néonatalogie, dix ans avant que la réglementation le recommande.

Il organise la collaboration entre accoucheurs et pédiatres, qui se concrétise en particulier par la fondation de l'Association Obstétrico-Pédiatrique de Médecine Périnatale dont il sera l'un des premiers présidents. C'est avec la même vision prospective qu'il joue un rôle moteur dans la promotion des techniques de surveillance du fœtus in utero, pressentant bien que l'Obstétrique moderne passerait par la Médecine fœtale. Mais le visionnaire était également un pragmatique et Ribon est toujours resté un défenseur acharné du respect de la physiologie. Pour lui, les techniques innovantes ne devaient servir qu'à corriger les déviations pathologiques et à rétablir les conditions du naturel.

Son célèbre combat en faveur de l'allaitement maternel en est une illustration. La promotion inconditionnelle qu'il en faisait, dans les années soixante, se heurtait dans toutes les réunions scientifiques au scepticisme général qui faisait, à cette époque, préférer les laits artificiels. A tort, nous le savons bien maintenant, mais il était le seul à le dire, et à le dire haut et fort comme il savait le faire. Il avait, là encore, bien des années d'avance ...

Il eut aussi un rôle pionnier dans le domaine de ce qu'il appelait volontiers l'Obstétricie Sociale. Il participe ainsi aux activités de l'Office d'Hygiène Sociale dans les domaines, alors encore bien souvent ignorés, de l'épidémiologie et de la prévention.

Après ces réalisations, Ribon se consacre à l'implantation d'un Service de Gynécologie à la Maternité, avec ses deux composantes, médicale et chirurgicale. Cela impliquait de s'ouvrir à de nouvelles disciplines telles que l'Endocrinologie Gynécologique, la Planification et l'Education Familiale, la Sexologie... - Il le fit - et également de trouver les moyens de ramener dans l'établissement les activités de Chirurgie Gynécologique qui, au fil des années, s'étaient développées dans d'autres secteurs du CHR. Il y parvint. Ainsi était rétablie sur le plan hospitalier l'unité de la Gynécologie-Obstétrique.

Elle le sera plus tard sur le plan universitaire lors de sa nomination dans la chaire de Gynécologie-Obstétrique recréée à son intention. L'enseignement fut une autre de ses passions. Je me souviens de ses cours à la Faculté de Médecine, de sa voix impétueuse, de ses gestes éloquents, cours dont on sortait en sachant, cours qu'il n'était nul besoin de retravailler tant ils étaient vivants et imagés. Il aimait autant enseigner au lit des patientes que traiter les sujets en cours magistraux. Il accorda aussi toujours beaucoup d'importance à la formation des étudiantes Sages-femmes et à la Direction de leur Ecole. Il était aussi attentif à leur profession dont il présida le Conseil de l'Ordre Départemental.

On ne saurait mieux qualifier la qualité de son enseignement que le fit le Recteur d'Académie lors de sa leçon inaugurale: « *Vous possédez entièrement l'art difficile de plaire et d'instruire à la fois* ». La curiosité intellectuelle du Professeur Ribon était sans relâche. Il aimait se confronter aux questions mal-résolues, débattre, réfléchir, élaborer des théories, discuter leur cohérence... Ce n'est sans doute pas par hasard qu'il avait consacré son travail de thèse de Médecine aux « Syndromes rénaux au cours de la gestation » dont on parlait alors comme de la maladie des hypothèses. De nombreux travaux portant sur la physiopathologie obstétricale et néonatale témoignent de son intense activité scientifique. Il ne rédige ainsi pas moins de 176 pages dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

La Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française lui confie l'organisation de son XIXème congrès en 1961 et la présidence de son XXXème congrès en 1984.

Homme de grande culture, Ribon est également l'auteur de nombreux articles historiques, rédigés dans un français châtié et avec le sens de la formule qui était le sien. L'Histoire Lorraine n'avait pas de secret pour lui, mais il rappelait volontiers que, Lorrain puisqu'il avait passé sa jeunesse près de Lunéville, c'était à Malo-les-Bains qu'il était né et que les Flandres étaient chères à son cœur. Ainsi consacra-t-il de nombreux travaux aux relations entre ces deux états. Ses qualités d'historien furent reconnues par l'Académie d'Alsace qui l'accueillit dès 1957 et par l'Académie de Stanislas qu'il présida en 1967-1968. Au sein de celle-ci, il contribua à la fondation du prix Jean Hartemann, son oncle et prédécesseur dans la chaire d'Obstétrique, et

se vit confier le rapport des prix scientifiques.

Homme de tradition, homme de conviction, homme de passion, tel était le Professeur Ribon. Fidèle en amitié, il aimait manier l'ironie et plaisantait volontiers. « *Il faut bien voir le côté comique des choses* », disait-il. Mais il pouvait aussi faire preuve d'une ténacité sans faille, quitte à faire passer en force ses convictions. Il aimait mener des combats et les mener jusqu'au bout. Il nous disait que le maître qu'il admirait, le Professeur Vermelin, se définissait, en langage héraldique, comme « *cœur d'or sur fond de gueule* ». Cette formule s'appliquait également très bien à sa personnalité contrastée. Certains de ses collaborateurs diront sans doute que le fond de gueules souvent l'emportait, mais comment rester insensible à la dynamique qu'il créait, à la vie qu'il générait, à l'enthousiasme qu'il suscitait ?

Eloge du Professeur Michel Schweitzer

Paul Sadoul (1918-2011)

Paul Sadoul, né à Tours, avait douze ans à la mort de son père. Sa mère lui demanda s'il envisageait de s'engager dans de longues études. Il lui répondit qu'il voulait être médecin ; sa mère, très heureuse, l'embrassa. « J'avais tellement envie qu'un de mes fils soit médecin ! ».

Paul fut élève au lycée Henri Poincaré à Nancy. Il s'engagea dans les études médicales juste avant-guerre ; incorporé en 1939 dans une caserne parisienne comme étudiant en médecine sursitaire, il se porta volontaire pour le Proche Orient. Démobilisé en mai 1941, il reprit ses études et fréquenta le laboratoire d'histologie du Professeur Remy Collin. Attiré par la recherche clinique, il effectua plusieurs stages à la *Rochester Medical School*, à New York, auprès du prix Nobel André Cournand, qui devait faire connaître la circulation pulmonaire et le cathétérisme du cœur droit.

Interne des hôpitaux de Nancy en 1946, il fréquente les services de médecine et de pneumophtisiologie. Elève de Pierre Simonin, élève et ami de Jean Girard, il devient pneumophtisiologue et va orienter son activité, dans une démarche originale et fondatrice, vers la physiopathologie respiratoire et l'insuffisance respiratoire chronique. Il crée à l'hôpital Maringer un laboratoire d'explorations fonctionnelles, qui va lui permettre de codifier des épreuves dérivées de la capacité vitale étudiée au spirographe. Après les études mécaniques, il s'intéressa aux échanges gazeux et à l'équilibre acido-basique. D'autres études portèrent sur la ventilation alvéolaire, les ductances, le rapport ventilation-perfusion, l'espace mort, l'effet shunt...

Une chaire fut créée spécialement pour lui en 1960 avec l'intitulé utilisé pour la première fois de « physiopathologie respiratoire ». Il occupa ce poste jusqu'à sa retraite en 1986. Il organisa des Entretiens et des Journées de physiopathologie respiratoire, qui se tinrent à Nancy ou à Pont-à-Mousson et qui connurent d'emblée un succès national et international. Un bulletin scientifique (*Bulletin européen de physiopathologie respiratoire*) fut créé, dont il fut rédacteur en chef (1965-1984) ; il fut le premier président de la

Société européenne de physiopathologie respiratoire, fondée en 1986, et dont il demeura jusqu'à sa mort président honoraire.

La recherche s'effectuait dans une unité INSERM, l'unité 14, dont les locaux se situèrent d'abord dans l'ancienne Faculté puis dans un bâtiment neuf, à Brabois, à partir de 1968. L'unité, dans laquelle il fut directeur de 1960 à 1984, associait médecins, ingénieurs, techniciens et se fit connaître, entre autres, pour la création de différents appareils, dont celui destiné au traitement des apnées du sommeil par pression positive continue, qui fut utilisé par Boris Eltsine. Parallèlement, il s'intéressa au traitement des insuffisances respiratoires chroniques et des défaillances aiguës des BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), causes de 10 % des décès annuels. Il s'intéressa aux rares médicaments susceptibles de fluidifier les sécrétions, de dilater les bronches, aux analeptiques, aux antibiotiques, bien sûr, et sans excès, mais surtout à la ventilation instrumentale et à la ventilation non invasive. Très réservé sur les indications de l'intubation et surtout de la trachéotomie, il en codifia l'usage limité et développa en pionnier les indications de la VNI aidée par la kinésithérapie. Il obtint des succès remarquables, qui ne seront repris et confirmés que tardivement.

Il faudrait rappeler les très nombreux travaux réalisés, sous sa direction qui portent sur la mécanique ventilatoire, l'épidémiologie des bronchopneumopathies, les insuffisances respiratoires expérimentales, les assistances extra-corporelles cœur poumon (en collaboration avec mon propre service), les réponses cardio-respiratoires à l'exercice, la clearance mucociliaire des liquides bronchiques, etc...

Un des domaines de prédilection de Sadoul fut la silicose et surtout la sidérose des mineurs de fer, très répandue dans notre région minière. Membre du collège des trois experts, il montra qu'aux stades initiaux de ces deux affections, seules des explorations fonctionnelles objectives et réalisées minutieusement permettaient le diagnostic et, de ce fait, l'indemnisation, alors que la clinique et la radiologie restaient encore muettes. Ses travaux sont consignés dans de nombreux articles et plusieurs ouvrages : *L'expertise de la silicose* (en collaboration, 1959), *L'exploration fonctionnelle pulmonaire* (en

collaboration), gros traité paru chez Flammarion (1964), *Les maladies chroniques des bronches* (1984).

Ayant obtenu en clinique des succès, en particulier grâce à la VNI, les cas se multipliant, il se rendit compte que l'oxygénothérapie, la kinésithérapie et même l'assistance respiratoire intermittente pouvaient aider l'insuffisant respiratoire arrivé à un stade évolutif avancé. C'est dans le cadre de la médecine sociale, chère à Jacques Parisot, qu'il fonda, à Nancy, l'ANTADIR (Association nationale pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique) ; il présida cette association, très active, de 1959 à 1984.

Il reçut de nombreuses distinctions, fut nommé membre correspondant de l'Académie nationale de Médecine en 1991 ; il était membre honoraire étranger de l'Académie royale de Belgique (1993) et resta jusqu'à la fin de ses jours président de la Fondation Dautrebande, à Bruxelles. Il était officier de la Légion d'honneur, ainsi que de l'Ordre national du Mérite et des Palmes académiques.

Paul Sadoul s'honorait d'appartenir à l'Académie de Stanislas ; correspondant en 1988, il devint titulaire en 1995, et présida la compagnie en 2002. Son discours de réception pose une question importante d'éthique : l'expérimentation sur l'homme est-elle indispensable aux progrès de la médecine ?

Mais c'est à la Société d'histoire de la Lorraine et du Musée Lorrain, qu'il présida de 1987 à 1997, qu'il consacra l'essentiel de son énergie. Il succéda au Doyen Beau en 1987, à une époque difficile pour la Société. Il se passionna dès lors pour la rénovation du Musée. Nous voulions, en effet, que les collections accumulées par la Société depuis 1850, et résultant pour beaucoup de dons, puissent être présentées dans les conditions muséographiques les plus modernes.

Paul Sadoul s'intéressa particulièrement à la revue, *Le Pays lorrain* ; il se sentait l'héritier et le successeur de son père, fondateur de la revue. Membre du comité de rédaction depuis 1968, il devint rédacteur en chef en 1987, succédant à Antoine Beau, poste qu'il occupa jusqu'en 2007.

Profondément marqué par les traditions familiales de travail, de rigueur, d'honnêteté, d'ouverture, par ses convictions républicaines et

patriotiques et l'attachement à notre petite patrie lorraine et en cela très barrésien, il l'était aussi par ses convictions religieuses. On ne peut passer sous silence son engagement dans le scoutisme. Sportif, il l'était et l'est resté longtemps ; nageur, skieur, marcheur, exigeant pour lui-même et les autres, il avait le sens de l'effort, de la compétition, du dépassement.

Chaleureux, attentif à ses collaborateurs, aux étudiants, particulièrement aux étudiants et stagiaires étrangers, il était parfaitement à l'aise lorsqu'il quittait la France ; il contribua notablement au rayonnement de notre Faculté.

Il effectua de nombreuses missions scientifiques en Amérique, dans les Pays de l'Est, en Russie, en Chine, au Vietnam...

Ce grand médecin, ce grand universitaire, se dévoua sans compter pour notre Société. Saluons la force de ses convictions, la générosité et la fécondité de ses idées, l'importance de ses réalisations, même si tout recommence toujours...

Dans sa leçon inaugurale, il avait terminé son allocution en citant le philosophe Alain : « *Attendre et craindre sont deux péchés. Oser et travailler, voilà la vertu* ». Sans doute en avait-il fait sa règle de vie.

Eloge du Professeur Alain Larcan

Joseph Schmitt (1855-1912)

Interne des Hôpitaux et Aide de Clinique en 1877, il soutient sa thèse sur la contribution à l'étude symptomatique et thérapeutique du diabète sucré et obtient au Concours le grade d'Agrégé de Médecine (thèse : « de la tuberculose expérimentale ») en 1883. Il est chargé alors d'un cours de Pathologie infantile et d'une consultation pour enfants, puis d'un cours de dermatosyphiligraphie (1887), et, deux ans plus tard encore, du cours de thérapeutique et matière médicale (1889).

Complaisant en toutes disciplines, il en est récompensé par la titularisation dans la Chaire de Thérapeutique et matière médicale (1891). Enfin, en 1910, il est transféré dans la Chaire de Clinique médicale, devenue vacante par le départ en retraite de Bernheim.

Malheureusement, son apogée universitaire est de brève durée, la mort le frappant en 1912. Et cependant, l'œuvre de Schmitt est féconde. Ses travaux s'intéressent à de nombreux sujets : troubles neurologiques et vasculaires, cancérologie, cirrhoses, infections (choléra de 1884 notamment), et, bien entendu, toxicologie et pharmacologie (études sur les dérivés du chloral, l'oxymel scillitique, l'aristal, la théobromine, le traitement salicylé du rhumatisme articulaire aigu, les métaux colloïdaux, etc...).

Schmitt collabore au *Traité de thérapeutique appliquée* de Robin (1896), à divers congrès, et publie deux ouvrages : « microbes et maladies » (1896), « diagnostic et thérapeutique des maladies infectieuses » (1902). De nombreuses publications figurent dans la *Revue médicale de l'Est* : noblesse oblige, car Schmitt assume la lourde responsabilité de rédacteur en Chef de la Revue, de 1883 à 1891.

Hélas, il n'a pas eu la chance de donner toute sa mesure dans le cadre de la Médecine générale. « Professeur éminent, grand laboureur scientifique pendant les 20 années de son enseignement de la

thérapeutique ; s'est adonné après sa mutation de chaire, à l'enseignement clinique avec une ponctualité scrupuleuse, un dévouement inlassable, qui promettaient une contribution féconde de recherches cliniques, entouré de la considération générale » (Gross).

Extrait de « Les cliniques médicales » par le Professeur Pierre Louyot

Numéro Spécial du Centenaire de la Revue (1874-1974) - Annales Médicales de Nancy.

Paul Spillmann (1844-1914)

Né à Nancy le 16 février 1844, Paul Spillmann fit ses études classiques au Lycée de Strasbourg, à celui de Nancy ensuite. Puis il commença ses études médicales à l'ancienne Ecole de Médecine de notre ville, et y fut interne des Hôpitaux. Il alla ensuite travailler à la Faculté de Paris, y fit son internat dans les services de Lasègue, de Grisolles et de Fournier ; il fut en même temps attaché au laboratoire de Ranvier, au Collège de France, d'où la traduction du *Traité d'Histologie* de Frey, qui joua un rôle important dans le développement de l'Histologie en France. Il passa en 1869 sa thèse de doctorat sur les Syphilides vulvaires.

Survint la guerre de 1870. Paul Spillmann revint aussitôt à Nancy, et se fit attacher à l'ambulance des Prisons d'abord, puis à celle de la Manufacture des Tabacs. Dès la création de la Faculté de Médecine de Nancy, en novembre 1872, il est nommé chef de clinique médicale, puis chef du service des autopsies, et fait des conférences d'anatomie pathologique. En 1878, il est nommé agrégé à la Faculté de Médecine, avec une thèse restée classique sur la Tuberculose du tube digestif. Chargé en 1880 de la Clinique complémentaire des maladies cutanées et syphilitiques, il est titularisé en 1887 dans la chaire de Clinique médicale qu'il n'a plus quittée. L'Académie de Médecine l'avait appelé à elle à titre de membre correspondant, puis de membre associé en 1910.

Après 41 ans de services universitaires, 34 ans de services hospitaliers comme chef de grands services, la croix de la Légion d'honneur lui fut enfin donnée en juillet 1913, dans la promotion dite de l'institut Pasteur. A ce moment, le Professeur Spillmann était déjà gravement touché par la maladie qui ne devait pas guérir. Ce fut « *une croix pour placer au cimetière* », ainsi qu'il le dit lui-même à quelqu'un de son entourage hospitalier. A l'occasion de cette décoration, ses anciens élèves avaient fait graver par Prudhomme une plaquette à l'effigie du Maître. On avait projeté de la lui remettre le 19 février, dans une cérémonie tout intime, dans l'amphithéâtre de la

clinique où tant de générations s'étaient pressées à ses leçons. Deux jours avant, éclatait la crise qui devait l'emporter.

Paul Spillmann avait publié, en collaboration avec Doyon, une adaptation française de la Thérapeutique générale des maladies de la peau de Unna, puis du Traité de la syphilis et des maladies vénériennes de Finger. Son « Manuel de Diagnostic médical », remanié ensuite avec Garnier, Haushalter, Louis Spillmann, en est à sa huitième édition française, à sa deuxième édition espagnole. Il fut l'auteur d'importants articles du Dictionnaire de Dechambre (gangrène, péritonite, érysipèle) ; puis de nombreux mémoires, dont bon nombre publiés en collaboration avec ses élèves.

C'est qu'en effet, Paul Spillmann fut avant tout un maître. La plus grande partie de son activité scientifique fut consacrée à son enseignement de la clinique. Orienté d'abord vers l'étude de la syphilis, ce type des grandes infections chroniques, arrivé à la Clinique médicale au moment de l'adaptation à la Clinique de la bactériologie, de l'anatomie pathologique, de la médecine expérimentale, au moment de la rénovation de la neurologie ; doué d'une prodigieuse puissance d'assimilation, d'une activité infatigable, d'un sens clinique remarquable, très au courant de la littérature étrangère, il chercha toujours à susciter autour de lui l'ardeur dans les recherches, à éveiller des initiatives, à développer des personnalités. Et de son service sortirent les travaux qui éclairèrent de nombreux chapitres de la pathologie nouvelle : études sur les grandes infections, sur la syphilis viscérale, sur les maladies nerveuses, sur leurs rapports avec la syphilis, etc...

Son aptitude à remonter aux causes devait aussi l'amener vers la médecine sociale, d'où l'œuvre lorraine des tuberculeux indigents, et la création du Sanatorium de Lay-Saint-Christophe ; d'où ses campagnes sur la prophylaxie des maladies vénériennes ; d'où ses observations répétées sur la contamination de nos eaux potables, qui finirent par provoquer la réorganisation du régime des eaux et la presque disparition de la fièvre typhoïde, dont les anciennes épidémies nancéiennes sont encore présentes à la mémoire de tous. Excellent clinicien, très aimé de ses malades, avec qui il était très

bon, très populaire parmi les étudiants entraînés par son activité inlassable, le Professeur Paul Spillmann sut marquer d'une forte empreinte de réalisme scientifique, de thérapeutique agissante, ceux dont l'éducation clinique lui fut confiée. Et le souvenir très ému de tous ses élèves va à ce générateur d'initiative, à cet entraîneur qui, parmi tous les maîtres de l'Université de Nancy, fut, par quarante générations de médecins, très familièrement appelé « Le Maître. »

Eloge du Professeur Georges Etienne

Jules Watrin (1887-1955)

Après la mort de Louis Spillmann, survenue en 1940, la formation de fondamentaliste et de clinicien acquise par Jules Watrin le fait apparaître comme le successeur qui s'impose.

Interne de Spillmann en 1909, puis son premier chef de clinique en 1913, il s'oriente en même temps vers une carrière d'homme de science, se façonnant à l'école du laboratoire. Prosecteur d'Anatomie, il travaille également au Laboratoire d'Histologie, où il est l'élève d'Ancelet et Bouin. L'Ecole nancéienne se distingue alors par ses travaux sur les glandes endocrines périphériques et l'hypophyse : sous la direction de ces maîtres prestigieux, J. Watrin soutient une très belle thèse sur l'histologie de la capsule surrénale au cours de la gestation. Après la guerre, il parvient encore à mener de front ses recherches scientifiques et sa formation médicale : chef de travaux d'Histologie en 1920, au laboratoire de Remy Collin, puis son agrégé en 1923, il est également devenu l'assistant de Spillmann et, en 1933, est chargé du cours de Propédeutique Dermatologique ; en 1938, il est nommé professeur d'Anatomie Pathologique ; trois ans plus tard, enfin, J. Watrin succède à son maître comme titulaire de la chaire de Dermatologie et de Syphiligraphie et chef de service hospitalier - fonctions qu'il assume jusqu'à sa mort, en 1955.

Ses publications sont multiples et, conséquence heureuse de la double orientation de sa carrière, relèvent aussi bien de la recherche pure que de la clinique.

Ses études d'endocrinologie, qui représentent un important travail expérimental, concernent non seulement la capsule surrénale mais encore l'hypophyse et les glandes génitales. En même temps, la plupart de ses communications de dermatologie doivent au laboratoire de s'appuyer sur une très solide histo-pathologie. D'autre part, s'il poursuit l'action antivénérienne de son prédécesseur, la syphilis n'est plus pour lui l'objet prépondérant de son activité, et la meilleure part de celle-ci, somme toute, est requise par la dermatologie. Il s'intéresse tout particulièrement à la radiothérapie cutanée, alors débutante et dont on sait combien la manipulation peut être difficile et dangereuse. Vers la fin de sa carrière, il donne

volontiers à ses publications une orientation de médecine générale, comme en témoignent les trois thèmes du VIII^e Congrès International des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française, qu'il organise et préside à Nancy, en 1953 : le lupus érythémateux aigu, les dermatomyosites et les gèno-neurodermatoses. A ce rapide aperçu d'une féconde carrière, on mesure combien est profonde en J. Watrin la marque de l'expérimentateur et de l'histologiste qu'il fut avant de s'imposer comme dermatologue et anatomo-pathologiste. En définitive, n'est-ce pas à cette intime union du fondamentaliste et du clinicien que son œuvre doit de laisser entrevoir les prémices d'une dermatologie plus scientifique et plus complète - plus moderne, en un mot ? Au surplus, le courage dont il fit preuve peu avant sa mort, son abnégation totale en faveur de son élève ont été à ce point admirables que celui-ci, devenu son successeur, manquerait aujourd'hui à la plus élémentaire reconnaissance s'il n'en portait ici témoignage.

*Extrait de « La dermatologie » par le Professeur Jean Beurey
Numéro Spécial du Centenaire de la Revue (1874-1974) - Annales
Médicales de Nancy.*

ANNEXES

Autres leçons et articles généraux

*Liste parue dans le numéro spécial des Annales Médicales de Nancy
(1874-1974)*

Articles sélectionnés par le Professeur Alain Larcan

Leçons d'ouverture

Leçon d'ouverture du cours de la clinique médicale Saint-Charles - Bernheim, 1874

Leçon d'ouverture du cours d'ophtalmologie – Monoyer, 1874

Leçon de physiologie - Beaunis, 1875

Leçon d'ophtalmologie - Rohmer, 1896

Leçon d'ouverture d'anatomie pathologique - Hoche, 1911

Leçon d'ouverture du cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques - L. Spillmann, 1920

Leçon inaugurale du cours de pathologie chirurgicale - Barthélémy, 1938

Leçon inaugurale de médecine légale : le secret professionnel - Mutel, 1938

Leçon inaugurale : la thérapeutique et le malaise médical - Drouet, 1940

Leçon inaugurale - Chailley-Bert, 1942

Leçon inaugurale : but de l'enseignement de la pathologie interne et tendances actuelles en pathologie générale - Simon, 1913

Articles généraux

Leçon sur l'organisme humain - Bernheim, 1875

Leçons cliniques sur la fièvre typhoïde - Bernheim, 1892

La suggestion thérapeutique - Bernheim, 1895

Thérapeutique d'hier et thérapeutique d'aujourd'hui - Schmitt, 1897

Discours d'ouverture du 4ème congrès français de Médecine, Montpellier - Bernheim, 1898

Place actuelle et tendances de l'histologie - Prenant, 1898

Histologie des organes et des personnes - Prenant, 1900

Conception générale de la maladie - Bernheim, 1900

L'histologie, science biologique - Prenant, 1901

La matière vivante et la vie - Prenant, 1902

- De la psychothérapie dans les impotences et aberrations génésiques - Bernheim, 1903
- Conception du mot hystérique - Bernheim, 1904
- Suggestion et persuasion - Bernheim, 1905
- Doctrine de l'aphasie - conception nouvelle Bernheim, 1906
- Le docteur Liebault et la doctrine de la suggestion - Bernheim, 1907
- Neurasthénies et psychonévroses - Bernheim, 1908
- Myélites et névrites d'origine émotive - Bernheim, 1912
- Sommeil et somnambulisme - Bernheim, 1912
- Psychothérapie dans les psychoses - Bernheim, 1912
- La question de l'hypnotisme - Bernheim, 1913
- Le médecin expert dans les affaires criminelles - P. Parisot, 1914
- La forme et la vie - Collin, 1922
- Médecine ancienne et médecine nouvelle - Etienne, 1924
- L'enseignement médical et les spécialités - Jacques, 1928
- La régulation de la multiplication cellulaire à l'état normal et à l'état pathologique - Dustin, 1929
- Rôle du sympathique dans le maintien de la stabilité organique - Cannon, 1930
- Les conceptions modernes de l'instinct sexuel - Binet, 1932
- Le dépistage des arriérations mentales chez l'enfant - Meignant, 1933
- Les pigments cutanés et la mélanogenèse - Watrin, 1934
- La civilisation méditerranéenne et la mentalité latine - Etienne, 1934
- Médecine et littérature - Girard, 1935
- Le rôle moteur des circonvolutions préfrontales - Rouquier, 1936
- Quelques réflexions sur l'enseignement de la médecine et le recrutement du personnel enseignant - L. Spillmann, 1936
- Souvenirs nancéiens et réflexions sur le rôle de la clinique comme école de formation sociale - Perrin, 1936
- L'effondrement de la natalité et le rôle social du médecin - Binet, 1936
- La mentalité obstétricale - Hartemann, 1937
- Orientation moderne de la gynécologie et humanisme médical - Binet, 1937
- Le secret professionnel en obstétrique - Hartemann, 1938
- La médecine sociale, ses buts, principes et méthodes dont elle doit s'inspirer - J. Parisot, 1939
- Les problèmes de la colonisation - Achard, 1944

- La finalité en biologie - Bodart, 1946
Le problème de la finalité de la vie - Hanns, 1947
La crise du déterminisme en physique moderne - Bodart, 1947
Les principes du traitement des grands brûlés - Lagrot, 1947
L'histamine et les antihistaminiques en dermatologie - Gaté, 1947
Guérisons et charlatans - Girard, 1948
Conquêtes et défaillances de la Médecine humaine - Collin, 1950
L'euthanasie - Girard, 1951
Machines à calculer, automatisme, cybernétique, machines à penser - Barbier, 1952
Neurosecrétion hypothalamique et hydrecephalocronie - Collin, 1953
Les troubles du langage chez l'enfant - Meignant, 1953
La fixation des acides nucléiques dans l'œuf des mammifères - Dalcq, 1953
Les conceptions naturalistes et biologie et leurs conséquences morales et sociales - Biot, 1955
Misères et grandeur du colloque médical - Bodart, 1955
Biochimie de l'hormone thyroïdienne - Roche, 1956
L'homme face au combat - le courage et la peur - Guibert, 1956
Le sommeil hivernal des mammifères - Kayser, 1957
Immobilisation et réadaptation - Bodart, 1958
Du droit du malade à la connaissance de la vérité - Bodart, 1958
Obéir et commander - Guibert, 1959
D'Hippocrate à nos jours. Retour aux sources de la Médecine - Abel, 1961
Réflexions d'un praticien sur la médecine psychosomatique - Bodart, 1964
Le médecin face à sa maladie et à sa mort - Bodart, 1966
Techniques, éthique et logistique de la réanimation - Larcan, 1966
Le médecin traitant et la loi des pensions - Guibert, 1966
Les conflits fœto-maternels et leur évolution - Hartemann, 1967
Psychologie de l'alcoolique - Laxenaire, 1969

Ouvrages de l'auteur

Professeur honoraire en Santé publique (statistique et informatique médicale) de la Faculté de médecine de Nancy, j'ai écrit essentiellement depuis ma retraite en 2003, divers ouvrages qui figurent ci-après. J'ai également créé un site Internet consacré à l'histoire de la médecine hospitalo-universitaire à Nancy depuis l'origine de la faculté en 1872 : www.professeurs-medecine-nancy.fr.

OUVRAGES SCIENTIFIQUES

- Eléments de statistique à l'usage des étudiants en Médecine et en Biologie :

éditions 1 et 2 (1991 et 1994)

Editions Presses Universitaires de Nancy

édition 3 et 4 (1998 et 2007)

Editions Ellipses

(édition 4 revue en collaboration avec F. Kohler)

OUVRAGES NON SCIENTIFIQUES

2020 - Foi et science : des rapprochements ? – création du monde, miracles, conscience et matière (avec Daniel Oth)

Préfaces de Jacques Roland et de Mgr Olivier de Germay

Editions Pierre Téqui (à paraître)

2019 - Mon père Jean Legras, pionnier de l'informatique à Nancy

Autoédition (KDP)

2019 - La résurrection du Christ - citations et œuvres d'art

Préface de Mgr Olivier de Germay

Autoédition (KDP)

2019 - *Les Noli me tangere* dans la peinture

Préface de Guy Jampierre

Autoédition (KDP)

2019 - Les disciples d'Emmaüs dans la poésie : suivie d'une réflexion sur la Résurrection

Préfaces de Mgr Jean-Louis Papin et de Thiery Bizot

Autoédition (KDP)

2018 - Le chemin d'Emmaüs dans la poésie et l'art

Préface de l'abbé Frédéric Constant

Autoédition (KDP)

2017 - De Jésus à Mahomet : Dieu a-t-il changé d'avis ?

Editions Vérone

2016 - La faculté de médecine et l'école de pharmacie pendant la Grande Guerre

(avec P. Labrude, L. Mezzaroba, C. Richard)

Préfaces des doyens Francine Paulus et Jacques Roland

Editions Gérard Louis

2015 - Jésus est-il vraiment ressuscité ?

Préfaces de Jean-Christian Petitfils et de Mgr Jean-Louis Papin

Editions Pierre Téqui

2014 - La Résurrection de Jésus : cent œuvres d'art, cent citations

Editions Euryuniverse

2014 - Les Professeurs de Médecine de Nancy de 1872 à 2013 - Ceux qui nous ont quittés

Préface d'Henri Coudane

Editions Euryuniverse

2012 - Le patrimoine artistique et historique hospitalo-universitaire de Nancy

(avec A. Larcen, J. Floquet et P. Labrude)

Préface d'André Rossinot

Editions Gérard Louis

2011 - Résurrection de Jésus : mythe ou réalité ? - Dialogues entre un croyant et un incroyant

Editions Euryuniverse

2011 - Seize leçons inaugurales et discours - Professeurs de médecine de Nancy

Préface d'Alain Gérard

Editions Euryuniverse

2010 - Les Professeurs de Médecine de Nancy de 1872 à 2010 - Ceux qui nous ont quittés

Préface d'Alain Larcen

Editions Euryuniverse

2009 - Les Hôpitaux de Nancy : L'histoire, les bâtiments, l'architecture, les hommes

(avec A. Larcen - sous la direction de)

Préface d'André Rossinot

Editions Gérard Louis

2008 - Jean Legras : Mathématicien lorrain - Précurseur de l'Informatique à Nancy - Fondateur de l'Institut Universitaire de Calcul Automatique

Editions Groupe Dialog'Guyot

2006 - Les Médecins de la Faculté de Nancy - Le livre souvenir

Préface d'André Rossinot

Editions Gérard Louis

2006 - Les Professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy de 1872 à 2005 - Ceux qui nous ont quittés

Préfaces de Jacques Roland, René Royer et Alain Larcen

Récompensé par le prix 2006 de la Société Française d'Histoire de la Médecine

Editions Imprimerie Bialec