

LAVAL MÉDICAL

VOL. 19

N° 8

OCTOBRE 1954

COMMUNICATIONS

LA SYPHILIS A QUÉBEC EN 1952

Évolution depuis dix ans *

par

Émile GAUMOND

Professeur de clinique dermatologique

et

Mildred CHARLTON †

*assistante médico-sociale, division des maladies vénériennes,
l'Hôtel-Dieu de Québec.*

« La lutte à la syphilis n'aura de fin que
lorsque le dernier syphilitique aura été
traité et guéri. »

Il y a dix ans, l'un de nous¹ donnait un aperçu de la situation qui prévalait à ce moment dans la ville de Québec au point de vue des maladies vénériennes. Après ces dix ans de lutte, il nous a paru intéressant de faire le point.

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 22 janvier 1954.

† Infirmière licenciée, diplômée en hygiène publique.

1. Émile GAUMOND, « La syphilis à Québec en 1942 », *Laval méd.*, 8 : 461-480, 1943.

Disons tout de suite que si les cas récents de syphilis (primaire et secondaire) ont diminué, la syphilis n'est pas encore disparue. Il y a moins de syphilitiques contagieux, mais le nombre des syphilitiques anciens est encore assez important.

La syphilis constitue toujours une maladie sociale contre laquelle on ne possède pas de moyens d'immunisation ou de vaccination. Même ceux qui, après l'avoir contractée, en ont été guéris ne sont pas immunisés et peuvent se réinfecter. De plus, les conséquences lointaines d'une syphilis non traitée restent toujours graves et sérieuses. Enfin l'aspect économique et social de cette maladie est et demeure très vaste tant au point de vue individuel qu'au point de vue de la société.

Dans ce travail, une étude comparative entre 1942 et 1952 sera faite. Nous essaierons, en plus, de faire voir l'évolution qui s'est produite et les divers aspects sous lesquels se présentent actuellement les maladies vénériennes, plus spécialement la syphilis.

ÉVOLUTION DE LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

Dans ses grandes lignes, la lutte antivénérienne dans la ville de Québec s'est continuée depuis dix ans sans changements très importants.

Nous répétons que dans la lutte antivénérienne à Québec, la cité bénéficie de tout un Service spécialisé au point de vue hygiène publique sans déboursier un sou. En effet, aujourd'hui comme il y a dix ans, toutes les sommes dépensées à cette fin proviennent des ministères de la Santé, de la province et du gouvernement fédéral.

Nous ne ferons que mentionner les diverses étapes de la lutte antivénérienne.

1783-85. — A ce moment, c'est le mal de la Baie et la première tentative d'organisation sanitaire dans le pays.

1920. — On vient de vivre la première grande guerre. Les cas de syphilis sont très nombreux. Des dispensaires sont ouverts à Montréal et à Québec. Le traitement y est gratuit. Les médecins attachés à ces dispensaires sont rétribués pendant quelques années, mais, rapidement, toute rémunération cesse, le médecin fournissant ses soins gratuitement. On ne voit pas de Service médico-social à Québec en aucun hôpital ni en aucun autre endroit.

En 1940. — Réorganisation complète de la lutte antivénérienne dans la province. Des centres antivénériens sont établis à Québec et à Montréal et sont placés sous la direction des professeurs respectifs de dermatologie et syphiligraphie aux universités Laval, Montréal et McGill. Les soins y sont toujours gratuits mais, cette fois, les médecins sont rémunérés. Sur les instances de l'un de nous, le Service médico-social est rénové ou institué là où il n'existait pas. Les activités des centres comprennent presque tous les hôpitaux et s'étendent aux Maisons de détention. Ce Service médico-social, il nous tarde de le dire et nous le répéterons, a été la cheville ouvrière qui a permis de mener à bien, croyons-nous, la lutte antivénérienne.

De 1940 à 1946. — La propagande et l'éducation antivénériennes furent actives. De nombreuses conférences et entretiens furent donnés alors que le personnel du centre était peu nombreux. L'un de nous a encore souvenir de ces entretiens familiers, mais combien fructueux, qu'il eut avec des groupes de soldats et d'officiers de l'armée du Canada de même qu'avec les membres des organismes auxiliaires de l'armée. Il arriva même une fois, lors d'un grand ralliement à cette fin, qu'il eut à entretenir un auditoire d'au moins 3,500 militaires.

Cette campagne intensive a porté des fruits car, aujourd'hui, il y a changement, sans aucun doute, dans l'éducation sexuelle des jeunes. S'ils ne sont pas plus prudents ni meilleurs que leurs aînés, ils sont du moins mieux renseignés et plus conscients des dangers qui les guettent.

A une réunion de parents de louveteaux, il y a quelques années, réunion convoquée par l'aumônier de la Meute, celui-ci, en expliquant le but de la convocation, dit aux parents que le seul but du rassemblement était de les inciter à instruire leurs enfants des questions sexuelles. Il reste, disait l'aumônier, que les renseignements à donner ne doivent l'être qu'à bon escient et en fonction des facultés de compréhension de l'enfant. Cette réunion, à laquelle l'un de nous assistait, étant le père de deux des louveteaux, produisit une profonde impression car ceux qui sont au courant du scoutisme savent que les louveteaux dépassent rarement douze ans d'âge.

L'éducation antivénérienne étant aujourd'hui mieux faite, il semble moins nécessaire qu'autrefois de se lancer dans la grande propagande.

Il faudra peut-être changer d'idée mais il est vraisemblable de croire que l'éducation donnée aux parents doit se transmettre à leurs enfants, du moins dans une certaine mesure !

La sérologie :

Les examens sérologiques pour la syphilis se font toujours aux laboratoires du ministère de la Santé, à Montréal. Le docteur Jules Archambault en a la direction et M. Benoît Rousseau en est le sérologiste en charge. Nous désirons signaler de nouveau que nous faisons toujours confiance aux résultats qui nous parviennent du laboratoire de sérologie de Montréal.

Nous aimerions mieux, et les sérologistes le savent bien, que pour chaque examen sérologique pratiqué on fasse toujours le Bordet-Wassermann et le Kahn. Nous comprenons toutefois que si le syphiligraphe a un idéal, le sérologiste doit pouvoir répondre à toutes les demandes d'examen en utilisant une technique qui soit en rapport avec les fonds, le temps et le personnel dont il dispose.

Tous les médecins de Québec et d'ailleurs doivent envoyer les échantillons de sang à Montréal. Ceci cause, de temps à autre, de petits ennuis : le sang est hémolysé, le tube est brisé, le résultat retarde, etc. Ces ennuis sont toutefois compensés par la valeur que l'on se doit d'accorder aux résultats de l'examen demandé. Peut-être, un jour, sera-t-il toutefois nécessaire de décentraliser mais on devrait s'assurer les services d'une équipe bien entraînée, ce qui, nous le savons, ne se fabrique pas en un jour.

L'évolution du côté sérologique a consisté depuis quelques années à fournir aux médecins un résultat qui se lit en chiffres plutôt qu'en signes. Autrefois on disait : la sérologie est positive pour la syphilis à + + + +, + + + ou + +. Aujourd'hui, le médecin reçoit un résultat qui se lit positif à $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{16}$, $\frac{1}{32}$, etc. Depuis quelque temps, en plus, le laboratoire interprète pour le médecin le résultat de l'hémolyse ou de la non-hémolyse. Il répond : négatif, positif ou douteux selon les cas.

La méthode syphilimétrique n'est pas nouvelle. Elle était déjà en faveur il y a près de vingt-cinq ans au moment où l'un de nous (G) poursuivait des études spécialisées en France. Quoiqu'il en soit, la syphili-

métrie fournit, comme autrefois, un intérêt nouveau à l'étude sérologique de la syphilis.

L'épreuve d'immobilisation du tréponème ou *Nelson test*, utile dans les cas où la sérologie est douteuse est venue s'ajouter depuis quelque temps à l'arsenal sérologique ; jusqu'à ce jour, cet examen n'est fait qu'à Toronto.

Le traitement :

Le traitement de la syphilis a radicalement changé depuis les dernières années. La pénicilline a remplacé les arsenicaux et, pour certains syphiligraphes, elle constitue le seul et unique traitement de la syphilis. Nous sommes toutefois restés plus éclectiques.

Nous ne donnons plus que rarement d'arsenic (914 et Mapharsen, Stovarsol) depuis quelques années. Nous avons cru que la pénicilline, si elle avait des propriétés tréponémicides, et nous le croyons encore, devait remplacer les arsenicaux. Non pas que ces derniers ne donnaient pas de résultat, bien au contraire. Nous sommes encore convaincus que les arsenicaux trivalents sont aussi actifs dans le traitement de la syphilis récente que la pénicilline mais, devant les ennuis et les dangers qu'ils présentent quelquefois, à action équivalente on doit plutôt employer la pénicilline.

Nous présentons, en appendice (appendice I), un schéma de la conduite du traitement actuel de la syphilis. Nous tenons à faire remarquer que nous utilisons encore régulièrement le bismuth dans presque tous les cas, sauf dans la syphilis primaire séro-négative.

Les résultats d'une telle thérapeutique sont très encourageants. Soulignons toutefois que, dans le traitement de la syphilis cardio-vasculaire, malgré ce que certains thérapeutes des États-Unis prétendent, il faut se montrer très prudent. Il vaut toujours mieux commencer le traitement soit par le mercure, soit par le bismuth afin d'éviter des réactions désagréables et même mortelles.

Les hôpitaux :

Il est tout naturel aujourd'hui, pour un malade hospitalisé, d'avoir un examen sérologique. Le patient serait étonné, quand il est informé

que cet examen est absolument gratuit et facile, qu'il ne soit pas fait. Dans certains milieux hospitaliers, nous savons que cet examen du Bordet-Wassermann systématique a suscité des objections. Des médecins, peu nombreux il est vrai, s'y sont opposés et quelques-uns ne l'ont accepté qu'à contre-cœur et parce que la majorité, heureusement, n'y voyait que des avantages. Les « objecteurs de conscience » se font de plus en plus rares. Nous ne croyons pas que ce soit attenter à la liberté du malade que de l'examiner puisqu'il se présente à l'hôpital dans cette intention.

Nous savons, par ailleurs, qu'un examen systématique de cet ordre n'est pas facile à réaliser. Quand il n'est pas pratiqué, la raison la plus fréquente de cette abstention est l'oubli ; c'est ce que l'on peut constater à la lecture des figures 1 et 2.

Tous les hôpitaux de la ville auxquels nous avons demandé des renseignements, se sont empressés de nous les fournir et nous désirons les en remercier. On constatera à la lecture du tableau I que le nombre de syphilitiques a suivi le même déclin général mais on constatera aussi qu'aucun hôpital ne signale n'avoir trouvé aucun cas de syphilis. C'est donc que l'examen sérologique n'est pas fait inutilement.

Nous désirons féliciter les hôpitaux qui font cet examen sérologique à tous leurs patients et nous les incitons à continuer.

Les cliniques :

Constatons ici que même dans la nomenclature des endroits où se font les traitements il y eut changement à l'Hôtel-Dieu de Québec, du moins. Depuis quelque temps, en effet on ne dit plus dispensaire mais clinique antivénérienne. Il nous a paru que le mot dispensaire prenait de plus en plus un sens péjoratif ; à l'exception du nom, rien d'autre n'a changé.

Les tableaux II et III font voir les activités des cliniques antivénériennes de deux hôpitaux : l'Hôtel-Dieu de Québec et l'Hôpital du Saint-Sacrement. On constate que, depuis dix ans, le nombre de malades a diminué, mais qu'il est loin d'être négligeable.

Les figures 3 et 4 sont des plus démonstratives. En effet les résultats bons ou mauvais mais immédiats de la lutte antisypilitique se constatent par la diminution du nombre de cas de syphilis primaire et secondaire. À ce point de vue ce tableau est très instructif.

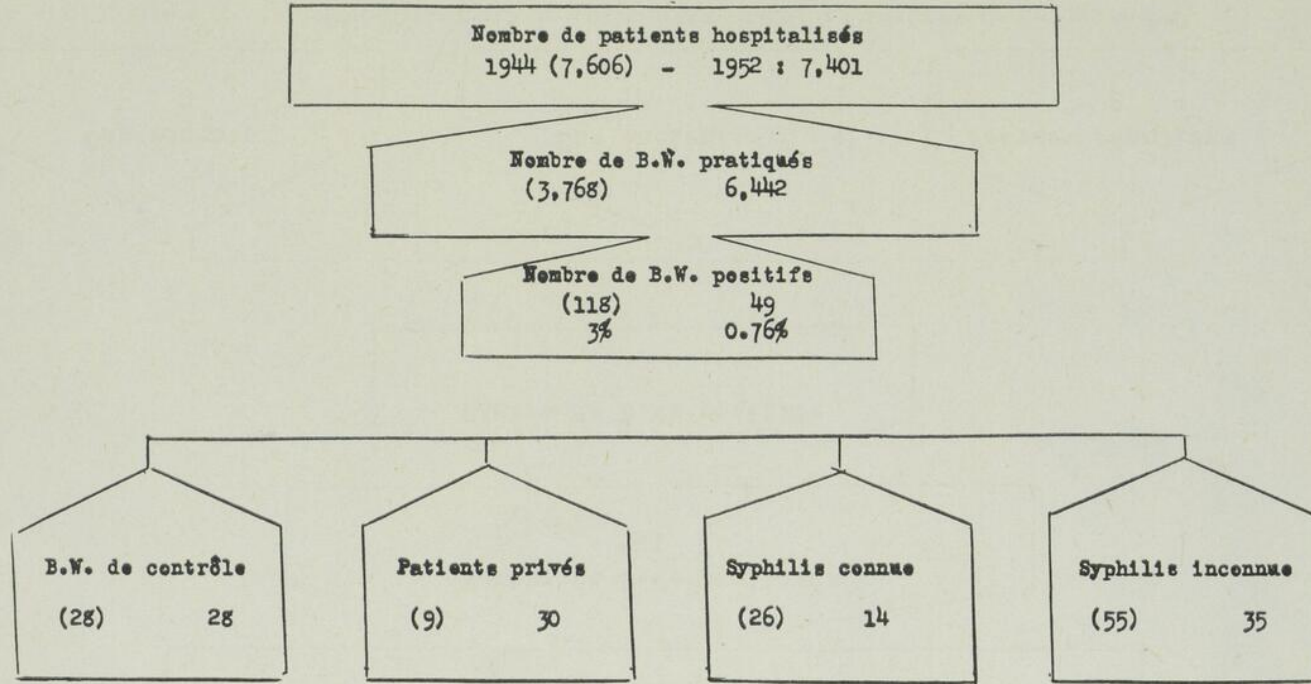


Figure 1. — Le Bordet-Wassermann de routine à l'Hôtel-Dieu de Québec. a) Les valeurs pour l'année 1944 sont entre parenthèses ; b) Les nouveau-nés, les cas d'oto-rhino-laryngologie, de phimosis, de carie dentaire et les rétrécissements de l'œsophage par caustiques sont exclus pour l'année 1952.

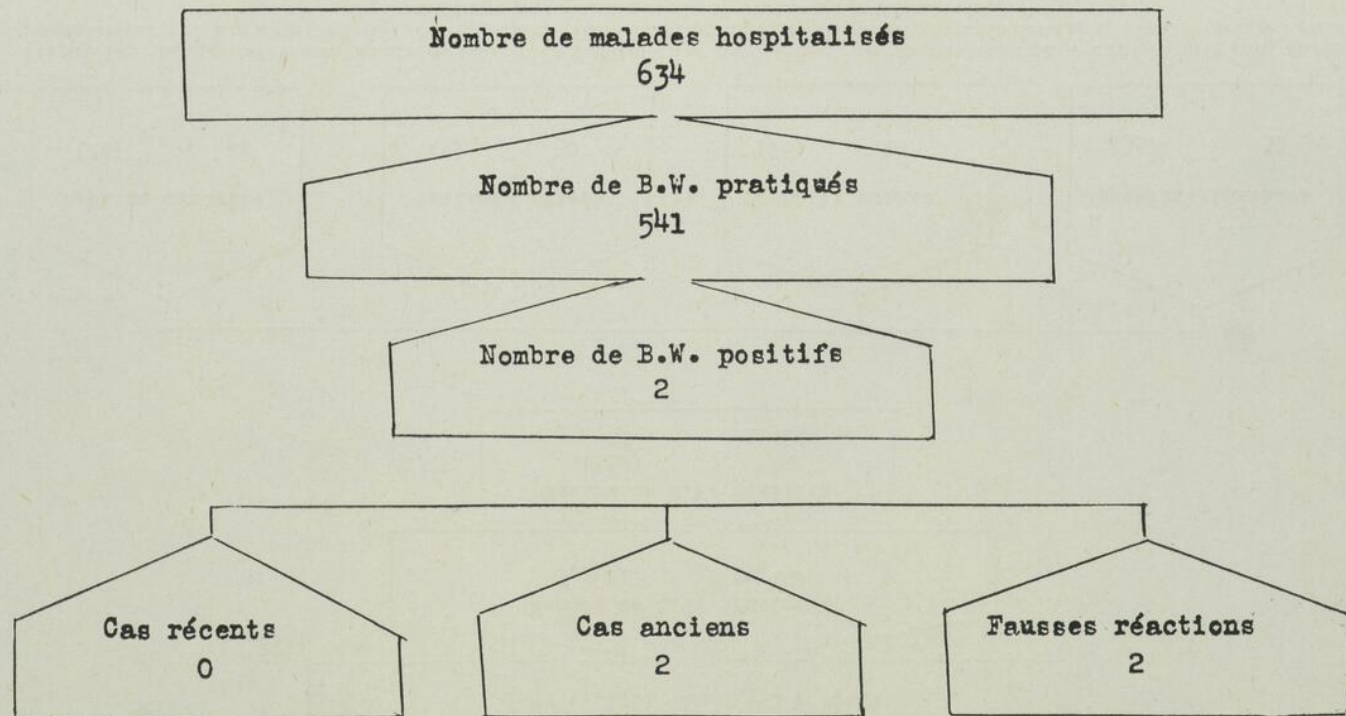


Figure 2. — Le Bordet-Wassermann de routine à l'Hôpital de la Miséricorde de Québec, en 1952.

TABLEAU I
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC — CENTRE ANTIVÉNÉRIEN DE QUÉBEC
Malades traités dans les hôpitaux et les prisons de la ville

	1952			1943		
	Syphilis récente	Syphilis ancienne	Total	Syphilis récente	Syphilis ancienne	Total
Clinique Roy-Rousseau	0	18	18	6	56	62
Crèche Saint-Vincent-de-Paul	0	0	0	0	35	35
Hôpital de l'Enfant-Jésus	1	11	12	18	38	56
Hôpital Jeffery Hale	2	14	16	21	24	45
Hôpital Laval	2	2	4	1	6	7
Hôpital de la Miséricorde	0	2	2	16	0	16
Hôpital du Parc Savard	2	0	2	23	1	24
Hôpital Saint-François-d'Assise	2	16	18	13	20	33
Hôpital Saint-Michel-Archange	0	14	14	3	29	32
Hôpital du Saint-Sacrement	9	12	21	57	153	210
L'Hôtel-Dieu de Québec	12	4	16	286	201	487
Prison des hommes de Québec	3	9	12	16	2	18
Refuge Notre-Dame-de-la-Merci	1	0	1	88	24	112
Hôpital des Anciens Combattants	2	40	42			
L'Assistance maternelle	0	4	4			
	36	146	182	548	589	1,137
<i>Syphilis récente</i> { Syphilis primaire Syphilis secondaire Syphilis latente, de moins de quatre ans			<i>Syphilis ancienne</i> { Syphilis latente, de plus de quatre ans Syphilis tertiaire Syphilis nerveuse Syphilis congénitale			

TABLEAU II

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

DIVISION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

L'Hôtel-Dieu de Québec

	1943	1952
SYPHILIS :		
Nombre de consultations	10,350	3,755
Patients diagnostiqués pour la première fois	114	17
Réadmissions : patients traités antérieurement	251	229
TRAITEMENTS :		
Arsenicaux	6,218	15
Bismuth	3,734	1,324
Cyanure de Hg	47	0
Pénicilline procaïnique	0	1,424
Bordet-Wassermann - Kahn	906	835

TABLEAU III

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

DIVISION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Hôpital Saint-Sacrement

	1943	1952
SYPHILIS :		
Nombre de consultations	3,983	1,245
Patients diagnostiqués pour la première fois	46	21
Réadmissions : patients traités antérieurement	140	92
TRAITEMENTS :		
Arsenicaux	1,742	0
Bismuth	1,858	433
Cyanure de Hg	0	0
Pénicilline procaïnique	0	433
Bordet-Wassermann - Kahn	358	226

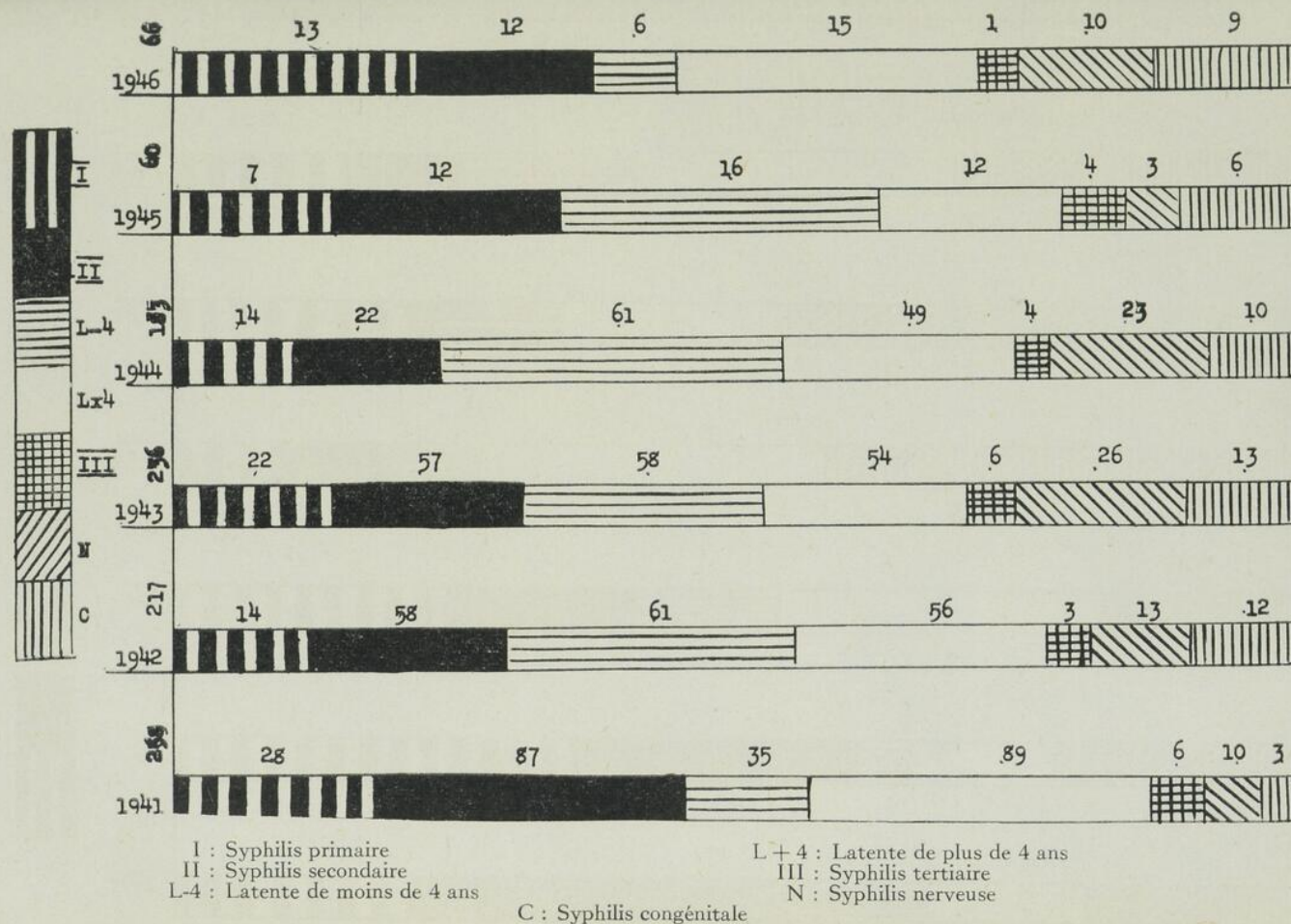


Figure 3. — Cas de syphilis admis à la Clinique externe antivénérienne de l'Hôtel-Dieu de Québec, de 1941 à 1946.

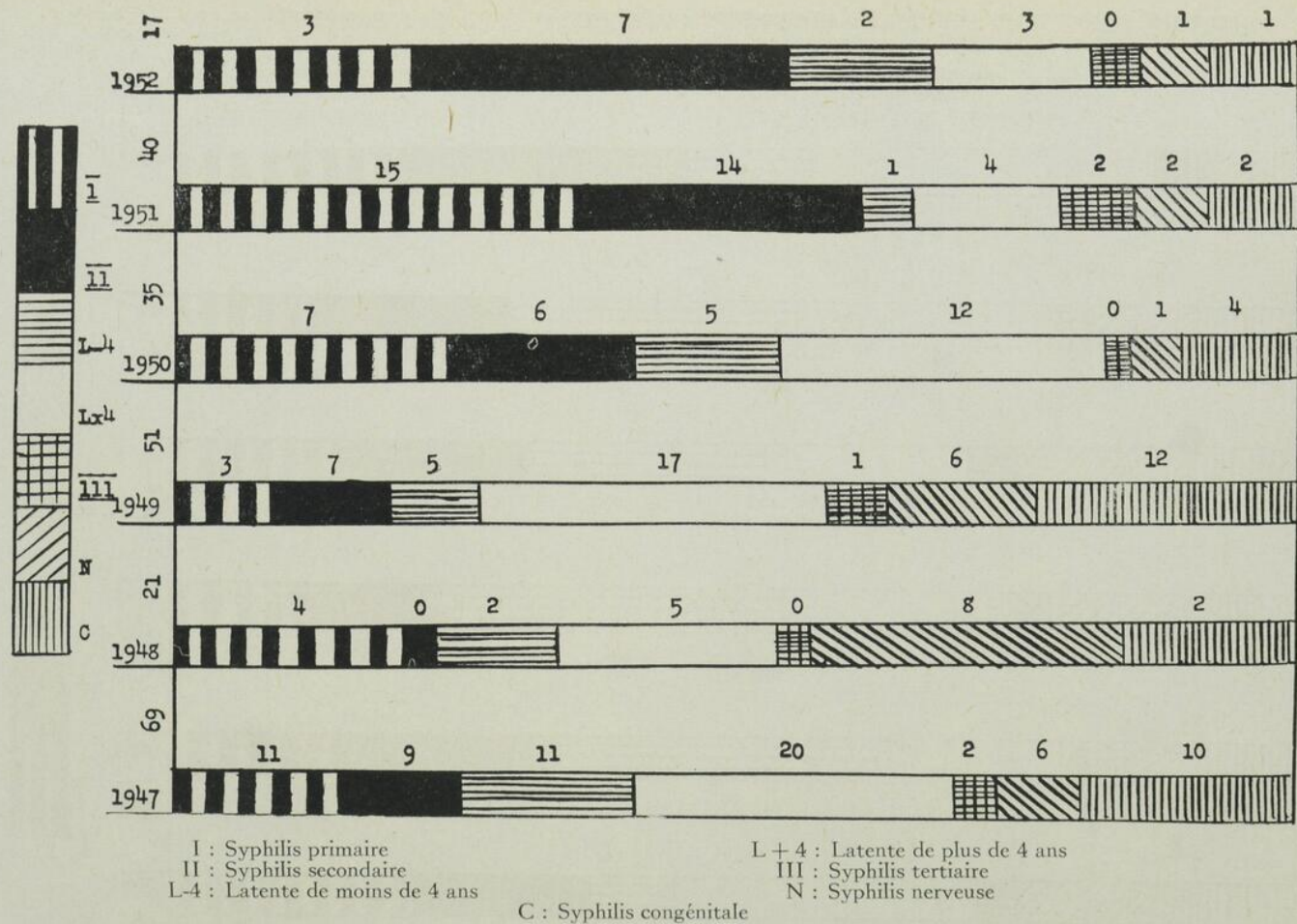


Figure 4. — Cas de syphilis admis à la Clinique externe antivenérienne de l'Hôtel-Dieu de Québec, de 1947 à 1952.

Alors qu'en 1941, à la clinique antivénérienne de l'Hôtel-Dieu, 115 cas de syphilis récente (syphilis primaire et syphilis secondaire) furent diagnostiqués, en 1948, le nombre est réduit à 4, en 1949 à 10, en 1950 à 13, en 1951 à 29 et en 1952 de nouveau à 10.

Le chiffre de l'année 1951 doit retenir l'attention. En effet, malgré la lutte constante qui se fait, le nombre de syphilitiques primo-secondaires, c'est-à-dire contagieux, voisine celui de 1944. Par contre, en 1946, 1947, 1948, 1949 et 1950 le nombre de syphilitiques contagieux est peu élevé soit : 25, 20, 4, 10 et 13. En 1951, il y eut, si on peut dire, une petite épidémie de syphilis récente : plus du double de l'année précédente.

Durant l'année 1945, quelques malades seulement furent traités à la pénicilline et en 1951 ils le furent tous comme ceux des années intermédiaires. On peut en déduire que la pénicilline n'est pas la cause unique de la diminution de la syphilis. En effet, les années qui précèdent et suivent 1951 (1950 et 1952) ne fournissent qu'un nombre de 13 et 10 syphilitiques récents par rapport à 29 en 1951.

Nous signalons dans nos conclusions qu'elles sont, à notre avis, les autres causes de la diminution de la syphilis.

Les maisons de détention :

Au refuge Notre-Dame-de-la-Merci, ou prison des femmes, un Service médico-social a été institué dès 1941. L'une de nous (C) en fut la première assistante médico-sociale. Toutes les détenues sont soumises à un examen sérologique et, selon les cas, ont en plus un prélèvement vaginal pour la recherche du gonocoque. Cette façon de procéder a rendu des services inappréciables. Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur le tableau IV pour s'en rendre compte.

Il faut bien tenir compte que la « qualité » des détenues n'a pas beaucoup changé depuis dix ans car il s'agit toujours, dans la majorité des cas, de femmes détenues pour vagabondage ou prostitution. Même là, le nombre des syphilitiques a grandement diminué. Alors qu'en 1943, 51,6 pour cent des détenues étaient atteintes de syphilis dont la moitié de syphilis récente et contagieuse, en 1952, on n'en retrouve plus que 4,24 pour cent et aucune n'est atteinte de syphilis primaire ou secondaire.

TABLEAU IV

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

*Prison de Québec**Section féminine*

	1943	1952
NOMBRE DE DÉTENUES	217	118
Indemnes de maladies vénériennes	57 (26,27%)	97 (82,2%)
Atteintes de syphilis	72 (33,18%)	5 (4,24%)
Atteintes de gonorrhée	48 (21,8%)	15 (12,7%)
Atteintes de syphilis et de gonorrhée	40 (18,43%)	1 (0,85%)
SYPHILIS	112 (51,6%)	5 (4,24%)
Primaire	4 (3,5%)	0 (0,0%)
Secondaire	29 (25,9%)	0 (0,0%)
Latente (moins de quatre ans)	55 (50,0%)	1 (20,0%)
Latente (plus de quatre ans)	23 (20,5%)	4 (80,0%)
Nerveuse	1 (0,9%)	0 (0,0%)

Ces chiffres sont suffisamment éloquentes par eux-mêmes sans qu'il soit nécessaire de faire de longs commentaires.

A la prison des hommes, le Service médico-social ne fonctionna effectivement qu'en 1944. Notons dans le tableau V qu'en 1944 pour 1,100 détenus, seulement 135 prises de sang furent faites alors qu'en 1952, sur 1,560 détenus, on en fit 745. Si le nombre de prises de sang n'est pas plus considérable, c'est que cet examen n'est obligatoire, dans ce lieu de détention, que si le détenu est incarcéré pour offense contre les mœurs. Tous les détenus ne sont pas incarcérés évidemment pour ce délit, de sorte que le nombre des « obligés » est plutôt restreint. Dans la majorité des cas, l'examen sérologique est pratiqué parce que le détenu a été convaincu de son importance. Nous nous devons de remercier, ici, les autorités religieuses, d'une part, et laïques, d'autre part, des deux prisons pour leur bon esprit de compréhension et de collaboration en ce qui concerne cette question. Nous ne désespérons pas de pouvoir, un jour, convaincre tous

TABLEAU V

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

*Prison de Québec**Section masculine*

	1944	1952
NOMBRE DE DÉTENUS.....	1,100	1,560
Examinés pour syphilis et blennorragie.....	135	745
CONSULTATIONS		
Syphilis et blennorragie.....	558	1,253
Trouvés indemnes.....	105	726
Atteints de syphilis.....	20	21
Atteints de blennorragie.....	10	3
Atteints de syphilis et de blennorragie.....	0	0
SYPHILIS		
Bordet-Wassermann et Kahn, pour diagnostic.....	120	745
« « « pour contrôle.....	15	35
« « « négatifs.....	125	726
« « « positifs.....	10	19
Cas de syphilis diagnostiqués.....	2	12
Classés comme suit :		
Primaire.....	1	0
Secondaire.....	4	1
Latente (moins de quatre ans).....	11	2
Latente (plus de quatre ans).....	2	8
Nerveuse.....	2	1
BLENNORRAGIE		
Patients traités pour blennorragie clinique.....	10	4
ORDRE D'ISOLEMENT.....	4	1
Contacts déclarés par les patients.....	14	12
Contacts retracés et amenés au traitement.....	5	2
Contacts retracés examinés et trouvés indemnes....	2	0
Contacts référés à la Division des maladies vénériennes.	7	10

les détenus de l'importance de la prise de sang. Nous savons très bien, toutefois, que, dans un tel milieu, la conviction par le raisonnement n'est pas chose facile.

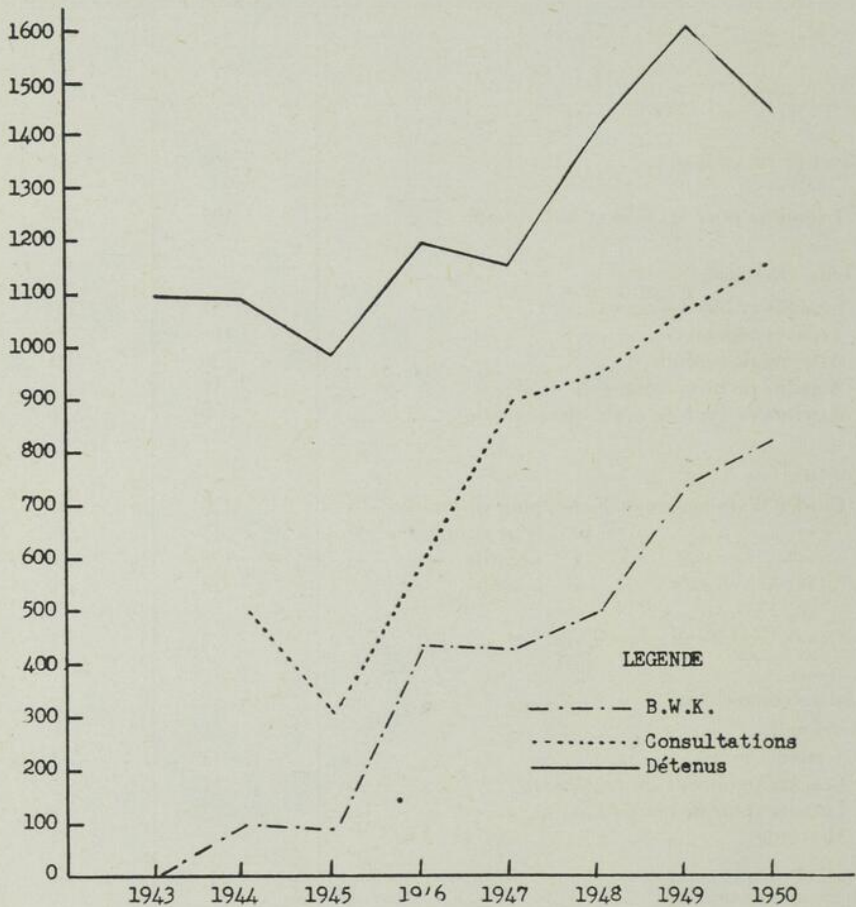


Figure 5. — Nombre des consultations et des Bordet-Wassermann-Kahn, à la Prison des hommes de Québec, de 1943 à 1950.

Les figures 5 et 6 et les tableaux VI, VII et VIII présentent quelques statistiques du Service médico-social antivénérien à la prison des hommes de Québec. Ce travail, préparé à la demande de l'un de nous, par M^{me} M.-R. Audet, assistante médico-sociale à cet endroit, donne une vue

d'ensemble des conditions sociales des détenus, les motifs de leur détention et le nombre de ceux qui ont été incarcérés étant sous l'influence de l'alcool en état d'ivresse (appendice II).

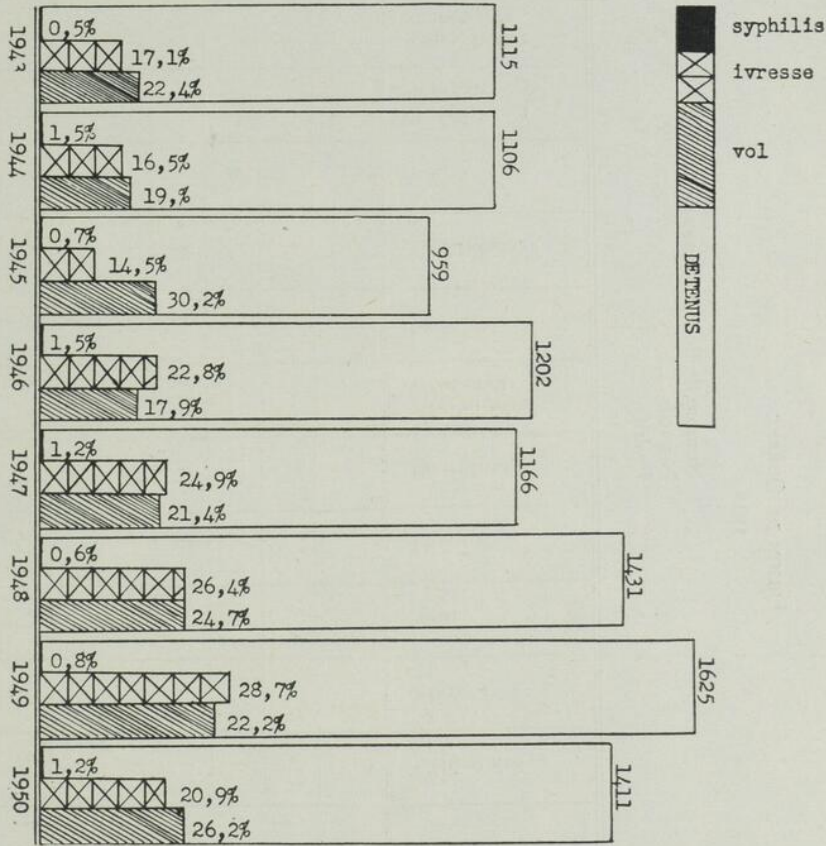


Figure 6. — Distribution des cas de syphilis à la Prison des hommes de Québec, par rapport au nombre total des détenus et des cas d'ivresse et de vol.

Les médecins en clientèle privée :

Nous désirons remercier nos confrères qui ont bien voulu répondre à notre demande de renseignements et qui nous ont fourni le nombre de syphilitiques traités en clientèle privée. On constatera (tableau IX) que le nombre en est peu élevé et a suivi chez eux l'évolution générale.

TABLEAU VI

PRISON DE QUÉBEC

1948

Nombre de
détenus : 1,431

Nombre de Bordet-Wassermann 501
Négatifs..... 490 97,8%
Positifs..... 11 2,2%

DEGRÉ D'INFECTION	Célibataire	Marlé	Veuf	Divorcé	Pourcentage	Réadmission (état civil)	Ivresse	Vagabondage	Vol	Résistance à la police	Voies de fait et menaces	Port d'armes à feu	Désordre
Syphilis I.....													
Syphilis II.....													
Syphilis de moins de 4 ans.....	1			1	0,4				2				
Syphilis de plus de 4 ans.....	1	1		3	1,0	$\frac{1}{3} \frac{c}{d}$	4	1		1	1	1	1
Syphilis nerveuse.....	1				0,2			1					
Syphilis congénitale.....	1				0,2	3 c	1	1	1				
Pourcentage.....	0,8	0,2		0,8	1,8								

TABLEAU VII
PRISON DE QUÉBEC
1950

Nombre de détenus : 1,411

Nombre de Bordet-Wassermann	839	
Négatifs	765	91,2%
Diagnostic †	10	1,2%
Diagnostic (pos)	17	2,0%
Contrôle	47	5,6%

DEGRÉ D'INFECTION	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé	Pourcentage	Réadmission (état civil)	Vol (divers)	Refus de pouvoir	Auto : licence ivresse	Flâneries	Ivresse	Homicide in- volontaire	Dirigé vers
Syphilis I							***		***	*	***		
Syphilis II													
Syphilis de moins de 4 ans	2	1		1	0,46	1 d	3				1		
Syphilis de plus de 4 ans	4	4		3	1,30	2 m 1 c 2 d	4	1		2	5	1	
Syphilis nerveuse	1	1			0,24	2 c	1				1		S.V.P. 1 m S.M.A. 1 c
Syphilis congénitale						2 c							
Pourcentage	0,82	0,70		0,48	2,0								

† Ces détenus ont été libérés avant le retour du résultat du laboratoire.
Enquêtes M. V. 53 adressées à la Division des maladies vénériennes.
La cause de leur sentence est marquée d'un astérisque.

TABEAU VIII

PRISON DE QUÉBEC

1944

Nombre de détenus : 1,106

Nombre de Bordet-Wassermann 109

Négatifs. 92 84,4%

Positifs. 17 15,6%

Degré d'infection	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé	Pourcentage	Réadmission (état civil)	Vol	Article 33 J. délinquants	Infraction à la loi	Indécence	Ivresse	Ordre d'isole- ment	Dirigés vers
Syphilis I	2	1			2,8	4 c	2				1		S.V.P. m
Syphilis II	1				0,9								
Syphilis de moins de 4 ans	4	6			9,2	1 m 11 c	4	1	1	1	2	1	S.M.A. m
Syphilis de plus de 4 ans		2			1,8	8 m					2		
Syphilis nerveuse		1			0,9						1		S.M.A. m
Syphilis congénitale													
Pourcentage	6,4	9,2			15,6								

1040

LAVAL MÉDICAL

Octobre 1954

TABLEAU IX

Patients traités par les médecins privés à leur cabinet de consultation en 1952

NOMBRE DE MÉDECINS TRAITANTS.....	61
NOMBRE DE PATIENTS TRAITÉS.....	222
<i>Diagnostics :</i>	
Syphilis primaire.....	33
Syphilis secondaire.....	18
Syphilis latente de moins de 4 ans.....	7
Syphilis latente de plus de 4 ans.....	80
Syphilis tertiaire.....	37
Syphilis nerveuse.....	31
Syphilis congénitale.....	16

Dans certaines industries :

Il nous fait plaisir de souligner ici l'attention portée à l'examen qui se fait dans deux industries de Québec, industries qui emploient surtout du personnel féminin. Merci aux docteurs Honoré Nadeau et Grégoire St-Arnaud qui ont bien voulu nous communiquer les résultats (figure 7) de l'examen sérologique pratiqué chez les employés de la *Rock City Tobacco, Cie Ltée*, et de la *Dominion Corset, Cie Ltée*.

Il est fort possible que l'examen d'employés d'autres industries se complète par un examen sérologique ; nous ne sommes pas renseignés sur ce point et de ce fait ne pouvons en tenir compte.

Dans certaines œuvres de bien-être social :

Dès 1940, c'est-à-dire dès la réorganisation de la lutte antivénérienne, une assistante médico-sociale (garde Marguerite Hébert) est chargée de la surveillance au point de vue qui nous concerne à l'Assistance maternelle. Il s'agissait alors de faire une prise de sang aux patientes qui s'y présentaient. Les débuts furent difficiles car on ne voulut pas se rendre

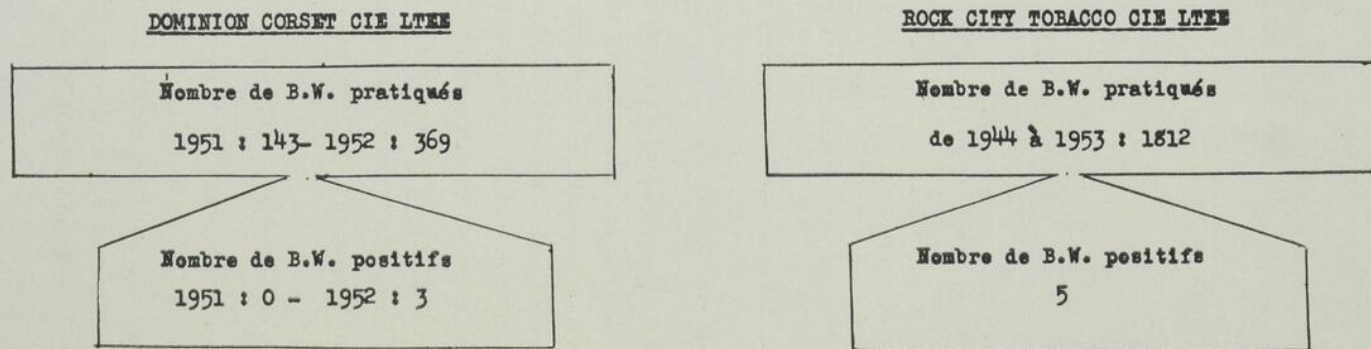


Figure 7. — Le Bordet-Wassermann à l'embauchage dans certaines industries.

tout de suite à notre raisonnement. C'est ainsi que, de 1940 à 1942, seulement 54 prises de sang furent faites alors qu'en 1952 on atteint le chiffre de 515 (tableau X).

TABLEAU X
BORDET-WASSERMANN DE ROUTINE
A
L'ASSISTANCE MATERNELLE DE QUÉBEC

	Bordet-Wassermann pratiqués	Bordet-Wassermann positifs
1940-42.....	54	9
1944.....	54	1
1946.....	44	1
1948.....	220	2
1950.....	352	1
1952.....	515	4

Plusieurs femmes atteintes de syphilis ont depuis douze ans été dépistées grâce à l'examen sérologique de routine ; elles ont toutes été dirigées aux cliniques antivénériennes des hôpitaux pour traitement. Le nombre d'enfants qui ont été ainsi sauvés des tares inhérentes à la syphilis congénitale est difficile à préciser mais quoiqu'il en soit nous avons la conviction d'avoir accompli dans ce domaine une œuvre utile.

A l'Assistance maternelle se sont succédées, gardes Hébert, Francœur et Couture.

Le Centre médico-social pour enfants bat la marche pour le Bordet-Wassermann systématique. En effet on peut constater à la lecture de la figure 8 que pour les 480 enfants qui ont subi à cet endroit un examen, 480 Bordet-Wassermann ont été faits, soit dans une proportion de 100 pour cent. Ajoutons que là aussi comme dans tous les examens sérologiques de routine on a découvert des syphilis ignorées jusque-là.

Il en est de même à l'Hôtel-Dieu de Québec où, pendant les six premiers mois de 1953, on a fait la découverte d'au moins deux syphilitiques,

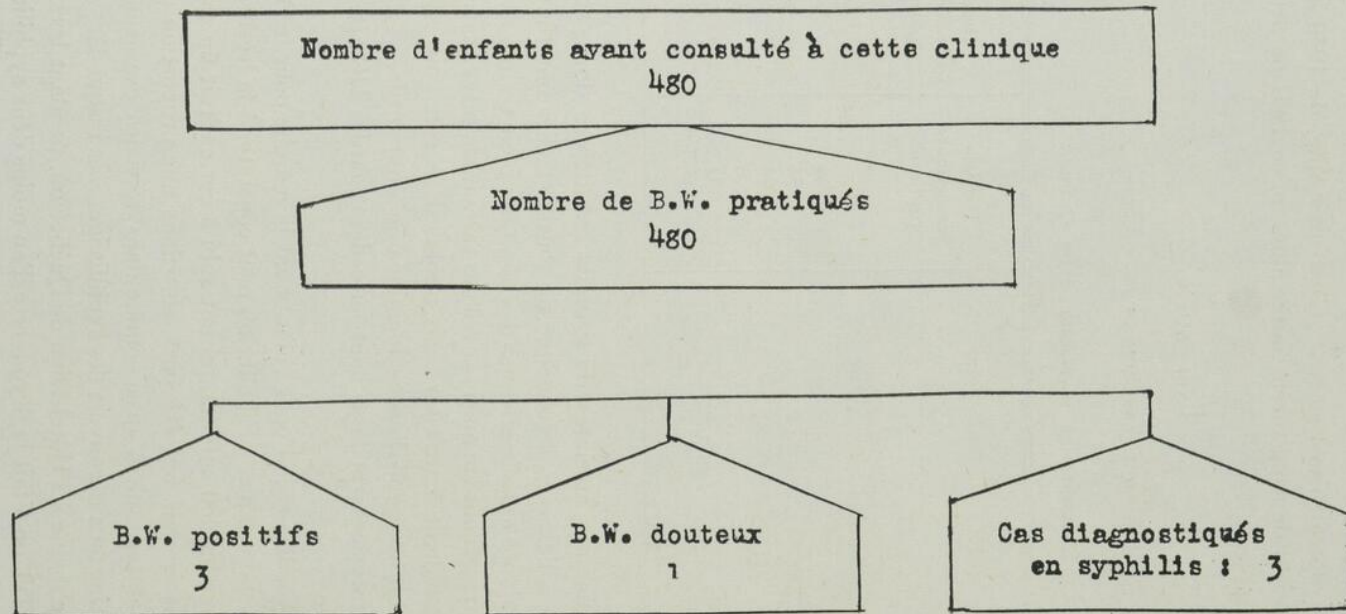


Figure 8. — Le Bordet-Wassermann de routine au Centre médico-social pour enfants, au cours de l'année 1952. À noter que sur le nombre des Bordet-Wassermann pratiqués, il est arrivé que, dans quelques cas, la prise de sang a été faite à la mère ou au père plutôt qu'à l'enfant, quand l'examen n'a pu être fait chez ce dernier.

dans les deux cas, des femmes, chez les personnes qui se présentent à l'examen pour l'obtention d'un visa du consulat des États-Unis (figure 9). L'une de ces malades était en syphilis récente !

Le Service médico-social :

Le Service médico-social, par définition, c'est le travail social accompli auprès d'individus physiquement diminués par la maladie

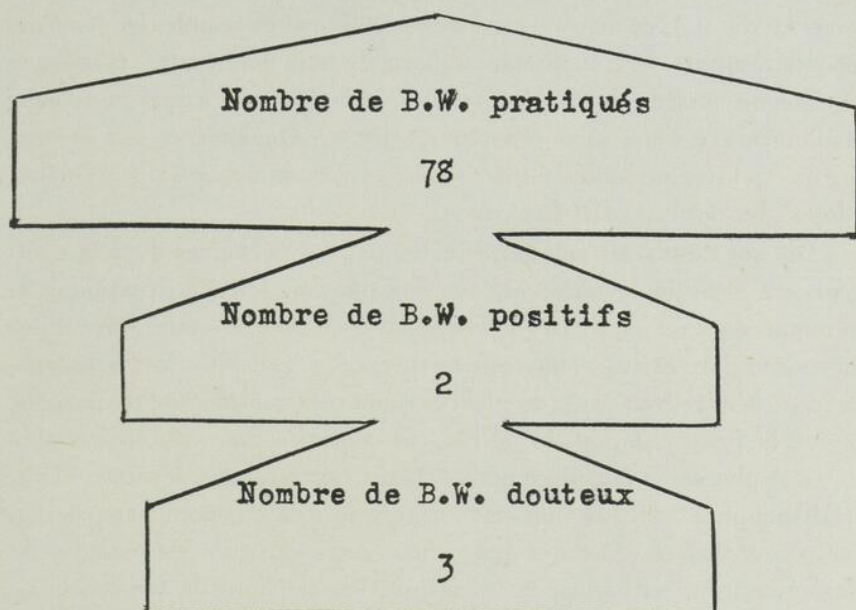


Figure 9. — Bordet-Wassermann pratiqués à l'Hôtel-Dieu de Québec en vue de l'obtention d'un visa pour les États-Unis d'Amérique au cours de l'année 1953 (8 mois).

et dont le psychisme et la personnalité se trouvent quelquefois du même coup altérés.

La lutte contre les maladies vénériennes dans la province de Québec est pour l'infirmière hygiéniste un domaine relativement nouveau, puisque la législation et la réorganisation des cliniques datent de 1940 et que c'est à ce moment-là que les infirmières abordèrent ce genre de travail. Antérieurement à cette date, les malades recevaient bien un traitement adéquat dans les hôpitaux où ils se rendaient pour consulter mais il n'y avait pas de Service médico-social proprement dit chargé de

surveiller la régularité du traitement, de repérer les contacts, d'interpréter les conseils donnés par le médecin.

Dans ce genre de travail plusieurs se sont demandés s'il valait mieux avoir recours soit à des infirmières, soit à des assistantes sociales uniquement. Beaucoup de cliniques antivénériennes n'emploient que des infirmières, d'autres utilisent les assistances sociales, un certain nombre, cependant, emploient les deux. A Philadelphie †, par exemple, où nous avons étudié (C), ce dernier système est employé et semble donner d'excellents résultats, le travail étant réparti de telle manière que la besogne de chacune possède un côté constructif et intéressant lequel ne relègue pas l'infirmière « aux soins proprement dits ». Quoiqu'il en soit on peut dire que la lutte antivénérienne telle que conçue et menée dans le Québec a donné des résultats satisfaisants.

Dix ans de travail soutenu, effectué par des personnes dont la compétence a égalé le dévouement, ont suffi pour modifier la situation et la présenter sous un aspect bien différent de ce qu'elle était alors. Les questions relatives aux maladies vénériennes ne sont plus, fort heureusement, cachées sous un voile de silence et non plus considérées uniquement comme la juste punition du péché ; au contraire, une conception plus exacte et plus saine fait place petit à petit aux préjugés désuets. Tout en abandonnant à ceux que cela regarde le rôle de moralisateur, rien n'empêche ceux et celles qui approchent cette catégorie de malades de s'intéresser tout naturellement à ce qui peut améliorer la vie collective et élever la moralité publique.

Les fonctions de l'infirmière assistante médico-sociale dans une clinique antivénérienne sont multiples et variées. Elles ne sont plus tout à fait ce qu'elles étaient à la période d'organisation ; au cours de l'évolution normale elles se sont, elles aussi, légèrement modifiées : les cas récents contagieux sur lesquels doivent toujours se concentrer tous les efforts de tout le personnel, ayant diminué considérablement, ces mêmes cas sont l'objet de notre attention soutenue même s'ils appartiennent à la catégorie des malades « sous observation » : tout en s'acheminant vers la guérison ils doivent demeurer sous surveillance médicale et cela pendant très longtemps.

† University Hospital, University of Pennsylvania, Phila., U.S.A.

A ce nombre, s'ajoutent aussi les cas découverts par hasard, assez tard dans la vie d'un individu, souvent à un moment où rien ne pouvait laisser soupçonner la présence d'une infection latente, infection qui, à la lumière des différents examens, révèle quelquefois une syphilis nerveuse, cardiovasculaire ou congénitale.

Ce groupe de patients a besoin également d'être entouré avec sollicitude. A ceux-là on ne peut pas assurer la guérison à brève échéance même s'ils se conforment au traitement prescrit par le médecin. Dans certains cas, le plus qu'on peut espérer, c'est de voir la maladie cesser de progresser sous l'effet de la médication.

Les malades accordent, en général, une très grande importance à la sérologie. Dans les cas anciens on ne peut pas prévoir que la sérologie se négativera rapidement. Il faut donc expliquer le fait au malade et lui faire accepter l'idée qu'il peut se très bien porter tout en conservant dans son sang quelques « petites croix (+ + + +) ».

Le malade atteint de syphilis congénitale est peut-être, de tous nos patients, le plus à plaindre, premièrement, parce qu'il est irresponsable de ce qui lui arrive et qu'il subit tout le poids de l'hérédité ; deuxièmement, parce que de toutes les formes de syphilis, la syphilis congénitale est souvent celle qui résiste davantage aux meilleurs traitements. L'infirmière qui comprend son devoir doit prodiguer à ce groupe beaucoup d'encouragement, de sympathie, et doit par tous les moyens à sa portée, tenter d'atténuer le choc émotionnel qui se produit souvent à la suite d'un tel diagnostic. Tant que la syphilis congénitale existera la bataille engagée contre les maladies vénériennes n'est pas gagnée. L'issue de cette bataille est chère à tous ceux qui s'intéressent de loin ou de près au problème vénérien. La solution de ce problème est entre les mains non seulement des spécialistes mais beaucoup plus entre les mains des médecins de famille lorsque ceux-ci conseillent l'examen prémarital des futurs conjoints et, plus tard, pratiquent le Bordet-Wassermann de routine chez toute femme enceinte au début de la gestation.

L'infirmière assistante médico-sociale, si elle veut bien s'acquitter de sa tâche, ne doit pas considérer son travail terminé lorsque tous les contacts familiaux, extrafamiliaux ont été examinés. Bien au contraire, les cas diagnostiqués, il faut les maintenir sous traitement puis sous

observation aussi longtemps que la chose est jugée nécessaire. Ce point de vue très important n'est pas toujours le plus facile à réaliser. Les malades, des humains, une fois les symptômes disparus et souventes fois les symptômes apparents étant absents, ont peine à croire qu'ils sont encore malades et doivent se soumettre à un traitement aussi prolongé. Les méthodes employées généralement sont d'abord les entrevues à la clinique ayant pour but d'éclairer le patient puis de le convaincre, les avis par lettres, les appels téléphoniques et, en dernier ressort, les visites à domicile. D'une manière générale on peut dire, sans exagérer, que le traitement est suivi régulièrement au début, qu'il y a des périodes de relâchement après un certain temps et que plusieurs patients ramenés à la clinique pour plus ou moins longtemps par nos démarches, retombent dans l'indifférence et sont rappelés à nouveau plusieurs fois, jusqu'à ce qu'ils aient reçu un traitement jugé suffisant pour leur état, par le médecin traitant.

Si le succès de la lutte antivénérienne réalisé après dix ans est attribuable, pour une part, à l'avènement de la pénicilline, l'épidémiologie est, à juste titre, un des grands facteurs qui en ont influencé la réussite. En effet, pour un cas de syphilis récente combien de contacts, de sources présumées d'infection ont été ravis très tôt aux ravages de la maladie grâce à l'épidémiologie, grâce au Service médico-social ; et nous avons présents à l'esprit maints cas que le patient initial par sa coopération bien comprise nous a permis de rejoindre très tôt, d'amener à l'examen puis au traitement lorsqu'il y avait lieu. De compliqué qu'il était au début, ce travail, au cours de l'évolution, s'est quelque peu simplifié : le public, mieux renseigné, mieux disposé, apporte maintenant son aide là où autrefois il la refusait. Il nous est donc donné d'observer et d'apprécier les effets bienfaisants de l'éducation du public en matière vénéréologique. Mais cette éducation doit se poursuivre sans relâche si l'on veut continuer à en constater les heureux résultats, et nous sommes convaincus que la cessation brusque de tout contrôle aurait vite fait d'amener la rétrogradation.

A l'appui de cette affirmation, permettez-nous de citer un des grands auteurs américains en matière de syphiligraphie, le docteur Evan W. Thomas¹ : « Bringing all those with the disease to early treatment

1. *Syphilis : its courses and management*, Evan W. THOMAS, M.D., N. Y., p. 302.

depends on the continued interest and co-operation of the public — continued determination of the people to fight syphilis relentlessly, *unremittingly, until the last case has been found and treated*. Success depends on the skill, the courage, the hard work, and the faith of the physician in private practice, and in the health department, of the nurse, the health educator, the contact investigator, and all the others in a disciplined army of men and women who are devoting part or all of their professional careers to the fight against syphilis. » Nous faisons nôtres ces observations d'un grand spécialiste, et c'est dans cet esprit et avec la même détermination qu'il nous faut continuer la lutte antivénérienne si nous voulons déloger cette maladie où qu'elle se trouve.

La prostitution :

En décembre 1943, la prostitution, non légalisée mais tolérée, fut abolie à Québec. Les « maisons de passe » établies dans certain quartier furent fermées et à notre connaissance la prostitution telle qu'elle existait avant décembre 1943 n'existe plus. Loin de nous la prétention de croire que la prostitution soit complètement disparue et qu'il n'y ait plus de prostituées. Prostitution et prostituées existent encore mais forcément le tout n'est plus ce qu'il était.

On nous croira peut-être difficilement, malgré que ce soit bien la vérité, mais, depuis la fermeture des « maisons » nous avons assisté à la réhabilitation complète de certaines femmes qui n'avaient pour tout domicile que ces « maisons » et pour toute occupation celle de se prostituer.

Nous revoyons, par exemple, de temps à autre une femme que nous avons traitée pendant quelques années pour syphilis, et guérie. Elle est mariée depuis plusieurs années maintenant ; le mari ignore tout de sa vie antérieure ; elle a deux enfants en bonne santé, habite une région éloignée et ne passe pas à Québec sans venir nous faire une visite . . . de reconnaissance, dit-elle !

Une autre qui, pendant vingt ans a « fait la vie » et qui a accouché au moins trois fois, mène depuis 1944, une vie très respectable. Traitée et guérie de la syphilis, elle vient demander à l'un de nous si elle doit avouer sa vie antérieure à un « parti » sérieux et honnête qui la demande en mariage.

Nous en connaissons quelques autres encore pour qui la réhabilitation n'a pas été aussi complète mais qui se conduisent de façon très convenable.

Dans un domaine strictement médical et pour les quelques prostituées « régulières » qui persistent, tout a bien évolué aussi.

Depuis quelques années, après entente avec le chef de police Lemire, nous examinons à la clinique antivénérienne de l'Hôtel-Dieu de Québec toutes les femmes qui nous sont amenées par le Service de la moralité. A l'examen, qui consiste toujours en un prélèvement vaginal et au col utérin comme en un examen sérologique en plus de l'examen clinique, à l'examen, quelques-unes sont atteintes de blennorragie, rarement de syphilis et encore plus rarement de syphilis contagieuse. Ceci constitue par rapport à la situation de 1943 non seulement une évolution mais une révolution !

Nous désirons souligner ici cette collaboration médicale et policière et il nous fait plaisir d'ajouter que les deux juges de la Cour municipale, les honorables Morin et DeBlois y apportent une compréhension précieuse.

Le personnel :

L'un de nous (G) s'occupe du traitement des maladies vénériennes depuis près de vingt-cinq ans maintenant. Si les cliniques antivénériennes étaient organisées d'une façon active autrefois, ce n'est que depuis l'adjonction d'un Service médico-social, en 1940, qu'une véritable lutte de prévention a pu se faire.

Ce Service médico-social a été institué à la demande de l'un de nous (G) et fonctionne à l'Hôpital du Saint-Sacrement depuis le 15 juillet 1940. Dès le 15 octobre 1941, il s'étendait à l'Hôtel-Dieu de Québec. A cette même date, il était établi au Refuge Notre-Dame-de-la-Merci ou prison des femmes. Au cours de l'été 1942, le dit Service se prolongeait à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et au *Jeffery Hale's Hospital*. En janvier 1943, il se ramifiait jusqu'à l'Hôpital Saint-François-d'Assise et à la prison des hommes.

Le personnel médical se compose actuellement de quatre médecins spécialisés en syphiligraphie : les docteurs Émile Gaumond, Maurice Beaudry, Jean Grandbois et Richard Therrien.

Au début de 1953, en janvier, un médecin qui, depuis de nombreuses années, prodiguait ses soins et ses connaissances aux malades des cliniques de l'Hôpital du Saint-Sacrement et de la prison des hommes, le docteur Maurice St-Amand, décédait. Assidu à son travail, très affable et compréhensif, le docteur St-Amand fut d'un grand secours dans la lutte entreprise et son souvenir survivra longtemps à son départ prématuré.

Le personnel des assistantes médico-sociales se compose, lui aussi, de quatre infirmières, qui se partagent le travail dans les différents hôpitaux et les maisons de détention. Ce sont : M^{lle} Mildred Charlton, inf. hyg. g. et assistante médico-sociale à l'Hôtel-Dieu, M^{me} M.-P.-R. Couture, inf. hyg., assistante médico-sociale à l'Hôpital du Saint-Sacrement, au Refuge Notre-Dame-de-la-Merci et à l'Assistance maternelle, M^{me} M.-R. Audet faisant le même travail à l'Hôpital Jeffery Hale et à la prison des hommes et M^{lle} Claire Paré, inf. hyg. à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et Saint-François-d'Assise. Ces quatre infirmières connaissent bien leur travail et l'accomplissent avec intérêt et assiduité.

Le centre antivénérien bénéficie des services indispensables d'une sténo-dactylo qui fait fonction de secrétaire pour tout le personnel : M^{lle} Thérèse Robert qui, en plus d'être très habile dans son travail, y joint un dévouement qui ne se dément pas.

Nous désirons rappeler le souvenir de trois autres infirmières qui ont fait fonction d'assistantes médico-sociales : M^{lle} Alice Ruel, depuis plusieurs années, M^{me} Soucy, M^{lle} Juliette Francœur, décédée en 1947. Garde Francœur avait inauguré le Service à la prison des hommes et était attachée à la clinique de Saint-Sacrement. M^{lle} Francœur n'a été que deux ans au centre antivénérien. Son calme, sa bonté et son dévouement l'ont fait apprécier et regretter tant par le personnel médical que par les malades, « ses malades », comme elle disait.

M^{lle} Marguerite Hébert, garde Hébert pour les nombreux patients qui l'ont connue, fut la première assistante médico-sociale étant entrée en fonction en juillet 1940. C'est avec son concours que l'un de nous (G) a travaillé à la réorganisation des cliniques. Ensemble nous avons connu les difficultés du début, en pleine guerre, difficultés qui croissaient avec le nombre de malades. D'abord à Saint-Sacrement, puis rapidement, en 1941, à l'Hôtel-Dieu, garde Hébert a donné à la lutte antivé-

nérienne le meilleur d'elle-même. Les malades, même les récalcitrants qui devaient quelquefois être rudoyés ont conservé d'elle le meilleur souvenir et le personnel médical regrette encore la décision qu'elle a prise il y a quelques années d'occuper un autre poste dans une industrie, même si nous avons compris que des raisons sérieuses l'appelaient ailleurs.

En 1942, en se basant sur des statistiques identiques à celles qui sont présentées aujourd'hui on pouvait établir à 1,618 le nombre de syphilitiques sous traitement à Québec, soit dans les cliniques des hôpitaux ou des prisons, soit chez les médecins en clientèle privée.

En 1952, par contre, le nombre de syphilitiques sous traitement à Québec est de 405.

En 1942, le nombre de syphilitiques récents s'établissait à 882 alors, qu'en 1952, il n'est plus que de 85, pour toute la ville.

La situation a bien changé depuis dix ans mais qu'il y ait encore 85 syphilitiques récents sur 405 au total, le chiffre est encore assez élevé.

Plusieurs fois on nous a posé la question : Est-ce que la diminution du nombre de cas de syphilis n'est pas en rapport avec l'emploi de la pénicilline dans le traitement ? Nous ne croyons pas que ce soit l'emploi de la pénicilline qui ait été la raison principale de la diminution des cas. La pénicilline a rendu le traitement plus facile, c'est certain mais la baisse dans l'incidence syphilitique à Québec a commencé avant son emploi. On n'a qu'à consulter la figure 3 pour s'en rendre compte. En effet, la pénicilline n'a été d'emploi courant qu'à compter de 1946 et, déjà, en 1945, le nombre de cas de syphilis récente avait grandement diminué. Par ailleurs, en 1951, alors que tous les malades étaient traités à la pénicilline le chiffre des cas récents est supérieur à celui de 1945.

A notre avis, la grande raison de la baisse des cas de syphilis, c'est le Service médico-social tel qu'organisé actuellement. Avec le Service médico-social non seulement les malades sont traités, suivis, rappelés à l'ordre à l'occasion, dans toutes les cliniques, les hôpitaux et les maisons de détention, mais les sources de contagion sont recherchées dans chaque cas, lorsque la chose est possible.

Les malades viennent peut-être un peu plus régulièrement à leur traitement mais il est bon de rappeler qu'avant la pénicilline, à l'Hôtel-Dieu

et à Saint-Sacrement, la régularité au traitement s'établissait à 92 et 90 pour cent.

Le Service médico-social, en plus, apporte sa grande contribution à l'éducation des malades, éducation qui est très souvent déficiente sinon absente, en ce qui concerne les maladies vénériennes.

La lutte antivénérienne doit se poursuivre ; il faut que chaque médecin, dans sa sphère propre, se montre toujours vigilant. La syphilis n'est pas la seule cause des malaises ressentis par un malade, c'est entendu, mais la syphilis, ne l'oublions pas, peut simuler toutes les maladies.

La prise de sang systématique est un gros appoint dans la découverte de certaines syphilis ignorées. Le Bordet-Wassermann devrait être fait à toutes les femmes enceintes et à chaque malade hospitalisé quelle que soit sa condition sociale.

Même si la loi n'oblige pas encore les futurs mariés, les parents devraient exiger toujours le certificat prénuptial de bonne santé avec Bordet-Wassermann systématique. Si tous les médecins connaissaient tout ce qu'il y a de pénible et de grave dans une syphilis congénitale, ils n'hésiteraient jamais à demander cet examen, à l'exiger même lorsqu'il s'agit de leurs clients ou de leurs proches. Le syphiligraphe ne peut que conseiller, le médecin praticien lui, peut ordonner.

La syphilis se transmet toujours par les rapports sexuels, rarement autrement. La prostituée occasionnelle ou régulière en est dans la majorité des cas la source de contagion. Malgré toute la bonne volonté des forces policières et administratives il y aura toujours quelques prostituées. La jeunesse doit être prévenue des dangers des maladies vénériennes ; l'éducation sexuelle doit être faite en temps voulu, par les parents le plus possible, afin, nous le répétons, que les enfants n'apprennent pas le vice avant de connaître les fonctions sexuelles normales.

Nous ne voudrions pas poser au moraliste, mais il n'est pas défendu d'apprendre au jeune homme le respect de la femme, de celle qui sera éventuellement son épouse demain. Même si la chose n'est pas de notre domaine, disons que la plus belle et la meilleure leçon de morale vient de l'exemple donné, ce qui est beaucoup plus efficace que toute leçon de morale apprise par cœur.

Répétons en terminant que la lutte à la syphilis n'aura de fin que lorsque le dernier syphilitique aura été traité et guéri, car la syphilis reste un fléau redoutable quand elle n'a pas été diagnostiquée précocement et traitée activement.

Que chacun balaie le devant de sa maison et toute la rue sera propre !

APPENDICE I

MÉTHODE SUGGÉRÉE POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ET APPROUVÉE PAR LA DIVISION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Une étroite coopération entre les médecins et la Division des maladies vénériennes est indispensable au traitement adéquat des malades quant à la forme de la médication employée, la quantité administrée et l'interprétation des analyses sérologiques de contrôle. Il a été démontré que plusieurs mois, même un an et plus peuvent s'écouler, et cela même si le traitement a été efficace, avant que les résultats sérologiques, pratiqués chez les patients atteints de syphilis récente, se révèlent négatifs. Dans la syphilis ancienne, acquise ou congénitale, un tiers seulement des malades suffisamment traités, présenteront une sérologie négative, en moins de cinq ans.

Les schémas suivants sont recommandés :

1° *Dans la syphilis récente* : primaire, secondaire, latente, de moins de deux ans.

Dose totale. Dix millions d'unités de pénicilline procainique huileuse (dans 2 pour cent de monostéarate d'alumine) en dix injections de 600,000 unités chacune à des intervalles de un à deux jours.

Chimiothérapie. Seuls les cas de syphilis primaire séro-négative, peuvent y être soustraits. Tous les autres cas de syphilis récente doivent recevoir du bismuth. La dose totale ne doit pas excéder vingt injections, administrées à raison de deux par semaine avec quinze jours de repos entre l'administration de la pénicilline et ce dernier traitement.

Les examens sérologiques quantitatifs sont exigés à des périodes régulières. A cet effet, un tube contenant cinq cm³ de sang doit être

envoyé à la Division des maladies vénériennes avant de commencer le traitement par la pénicilline. Après le traitement, l'examen doit être pratiqué à tous les mois pour la première année, à tous les trois mois pour la deuxième année, puis deux fois par année durant trois autres années. Les résultats de ces analyses, accompagnés de l'identification du malade doivent être adressés à la Division des maladies vénériennes, pour fins d'étude et de statistiques. Ceux-ci sont, par la suite, retournés à l'envoyeur.

Dans les cas récents, un second traitement par la pénicilline est indiqué dans les cas suivants :

- a) Chez les patients dont le titrage après neuf mois dépasse 1:4 ;
- b) Chez les patients qui conservent un titrage identique trois mois après le traitement initial ;
- c) Chez les patients où l'on a d'abord observé un titrage décroissant pouvant aller jusqu'à la négativité, pour ensuite redevenir plus ou moins positif accompagné ou non d'une récurrence clinique.

Dosage pour le second traitement, neuf à douze millions d'unités de pénicilline procainique huileuse, à raison de trois injections par semaine, contenant 900,000 unités chacune.

Ce traitement doit être suivi d'une série d'injections de bismuth.

2° *La syphilis de la femme enceinte* n'ayant pas reçu antérieurement à la grossesse un traitement jugé suffisant.

Quantité. Six millions d'unités de pénicilline procainique huileuse en dix injections comprenant 600,000 unités chacune, à tous les deux jours.

Le bismuth n'est pas à conseiller.

Les analyses sérologiques doivent être pratiquées à tous les mois.

Dans les cas récents d'infection, le titrage décroît ; dans les cas anciens, celui-ci demeure le même.

Un second traitement au cours de la gestation est presque toujours indiqué, surtout si le titrage augmente. Également, au huitième ou neuvième mois toutes les fois qu'il s'agit d'un cas d'infection récente chez une femme enceinte.

3° *La syphilis congénitale* diagnostiquée au moyen des symptômes cliniques, accompagnés ou non d'une sérologie positive laquelle, si elle

existe, ne régresse pas spontanément sous l'influence du traitement après trois mois.

Traitement de la syphilis congénitale, 200,000 unités de pénicilline procaïnique huileuse par livre de poids du corps, la dose totale devant être divisée en dix injections, administrées à tous les jours ou à tous les deux jours. Chez le nouveau-né chaque injection comprend généralement 0,5 cm³.

Un bébé dont le poids excède trente livres est soumis au traitement d'un adulte.

L'enfant hérédo-syphilitique doit recevoir une cure par la pénicilline (6,000,000 d'unités) annuellement pendant plusieurs années.

4° *Syphilis nerveuse* diagnostiquée au moyen des symptômes cliniques et de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Traitement. Neuf millions d'unités de pénicilline procaïnique huileuse, soit quinze injections comprenant 600,000 unités chacune à tous les jours ou à tous les deux jours.

Ce traitement doit être administré deux fois au cours de la première année qui suit le diagnostic.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Doit être pratiqué avant le traitement, et répété par la suite entre le neuvième et le douzième mois, ainsi qu'un an plus tard à moins d'une contre-indication.

Traitement ultérieur. L'évaluation des résultats des analyses de laboratoire indiquera si un traitement ultérieur et une quantité augmentée sont nécessaires. De toute façon, une série d'injections jusqu'à concurrence de six à neuf millions d'unités à chaque année, est indiquée jusqu'à la complète négativité du liquide céphalo-rachidien.

5° *Syphilis cardio-vasculaire*: Au traitement spécifique doit s'ajouter le traitement symptomatique.

Traitement. Il est préférable de donner d'abord un traitement par le bismuth ou le cyanure de mercure afin d'éviter la réaction de Herxheimer ou le paradoxe thérapeutique.

Vient ensuite la pénicilline administrée avec prudence : 300,000 unités pour les doses initiales, ensuite 600,000 unités jusqu'à six ou neuf millions d'unités. Le traitement doit être répété au moins une fois par année.

6° *Syphilis ancienne latente* : Les méthodes de traitement applicables dans ces cas, le sont seulement lorsque la possibilité de la présence d'une syphilis nerveuse a été éliminée par l'examen du liquide céphalo-rachidien ; c'est pourquoi la Division des maladies vénériennes insiste à bon droit sur l'examen du liquide céphalo-rachidien chez tous les sujets atteints de syphilis ancienne latente et pour lesquels une réquisition en vue d'obtenir la pénicilline est adressée.

Les données suivantes sont généralement acceptées aujourd'hui. Celles-ci ont grandement amélioré le pronostic, et diminué la longueur du traitement des malades atteints de syphilis ancienne asymptomatique.

a) Le but du traitement est de détruire les tréponèmes et d'arrêter le progrès de la maladie, non pas d'obtenir la séro-négativité ;

b) Les réagines ou anticorps, lesquels réagissent dans les analyses sérologiques, demeurent présents dans le sang longtemps après la destruction des tréponèmes ; quelquefois ceux-ci ne disparaissent jamais et l'on se trouve en face des cas séro-résistants, irréversibles ;

c) Le traitement de la syphilis ancienne asymptomatique ne doit pas être prolongé dans le seul but d'obtenir la réversibilité de la sérologie.

Traitement de la syphilis ancienne asymptomatique. Six à neuf millions d'unités de pénicilline procainique huileuse : dix injections de 600,000 unités trois fois par semaine, ou 900,000 unités deux fois par semaine.

Chimiothérapie. Deux à trois séries de bismuth (dix injections par série) interrompues par des périodes de quatre semaines de repos et après la pénicilline et entre chaque série de bismuth.

Le traitement ultérieur des patients ayant reçu un traitement raisonnable est conditionné par la diminution ou l'augmentation du titrage dans le sérum sanguin. Les examens doivent être répétés et cette augmentation atteindre un taux quatre fois plus élevé que le plus bas titrage déjà enregistré.

Une courbe sérologique n'ayant pas fléchi après un premier traitement ne le fait généralement pas non plus à la faveur d'un second traitement par la pénicilline. Au contraire une telle courbe a tendance à décroître d'elle-même si le traitement est suspendu.

Il est très important de considérer chaque patient comme un cas particulier avant d'instituer une thérapeutique ; quelquefois, il est à conseiller de répéter le traitement par la pénicilline et le bismuth huit à douze mois après le traitement initial.

Il est bien entendu que ni le médecin ni le patient ne doivent s'attendre à voir la sérologie se négativer même après le second traitement.

APPENDICE II

RAPPORT ET STATISTIQUES DE LA CLINIQUE ANTIVÉNÉRIENNE, PRISON DES HOMMES — QUÉBEC

(par M^{me} Marie-R. Audet, assistante médico-sociale.)

Ce rapport présente (figures 4 et 5, tableaux VI, VII et VIII) l'activité de notre clinique antivénérienne depuis 1943.

On y retrouve des statistiques concernant le nombre de détenus, le nombre des prises de sang faites annuellement, le degré d'infection et son pourcentage, l'état civil des détenus, la sentence encourue, et la mention de leur transfert vers la maison de santé ou de détention.

Ce relevé, nous l'espérons, aidera à poursuivre le dépistage en montrant la marche ascendante de nos cliniques vers un progrès certain, de même qu'il pourra peut-être servir à quelque chercheur.

I. *But de l'organisation de la clinique antivénérienne :*

Lorsque le professeur Émile Gaumond, du Service de dermatologie à l'Hôtel-Dieu, jeta les bases de l'organisation du Service médico-social dans le Québec (1^{er} juillet 1940), sans doute prévoyait-il que, dans un avenir rapproché, le champ des activités deviendrait beaucoup plus vaste, que chaque hôpital serait doté d'une clinique et que des infirmières, assistantes médico-sociales, viendraient collaborer avec des médecins qualifiés, apportant ainsi une aide efficace au clinicien qui serait chargé de la direction générale.

Le peuple est une masse inerte et il n'est pas facile de lui inculquer le sens de la justice sociale. Par ailleurs, l'obstacle à franchir n'était pas une raison de ne rien faire. Le docteur Gaumond désirait éveiller chez les contaminés, le sens de la justice envers eux et envers la société, encou-

rager l'effort personnel du patient, enseigner le devoir aux uns, sauvegarder les droits des autres, en un mot, tout tenter pour soulager la misère et enrayer dans la mesure du possible le fléau social que sont les maladies vénériennes.

Connaître un ennemi, c'est déjà posséder des armes contre lui. Dépister le péril vénérien, c'est essayer qu'il ne soit plus nuisible ou fatal aux infortunés qui en sont atteints.

Aujourd'hui, nous pénétrons dans une clinique tenue en arrière des barreaux où nous aurons à coudoyer la misère dans ce qu'elle a de moins sympathique. Que ces misérables en soient là par vice, carence ou hérédité, un fait reste acquis, c'est que la vie leur sourit peu ou pas du tout. Plusieurs parmi ces malheureux délinquants sont des ignorants, des inadaptés à la société, des instinctifs, des esprits déficients, des faibles. Quelques autres sont des dégénérés, assoiffés de plaisir sexuels, des entêtés qui tournent toujours dans le même cercle vicieux, croyant ainsi contrebalancer un sort défavorable. Puis, il y a les infidèles qui seront peut-être un jour la cause d'un drame familial et à qui il faut d'abord inculquer le sens de leurs responsabilités. Tous ces sujets deviennent des « cas » particuliers que l'infirmière doit apprendre à reconnaître et à aider. Quelle que soit la cause de la détention, ces êtres demeurent des malades à qui il faut toujours enseigner quelque chose et qu'il faut fermement diriger vers la guérison.

II. Organisation :

Notre clinique antivénérienne fut modestement organisée en 1943. La première infirmière, Mlle J. Francœur, se vit confier la tâche toujours lourde et difficile des débuts, mais ses belles qualités de cœur, son tact, sa compréhension remarquable du malheur firent qu'en 1948, lorsque je fus assignée à la clinique, je trouvai un terrain très bien préparé par la sollicitude de cette admirable infirmière qui avait su gagner la confiance de tous.

La clinique hebdomadaire, sous l'habile direction du regretté docteur Maurice Saint-Amand, a permis de déceler le mal caché, de procurer à chaque patient le traitement approprié et de prévenir ainsi sûrement une contamination dangereuse, et même inévitable.

La médecine et le Service social conjuguèrent leurs efforts pour assurer la protection intégrale des détenus et de la société par l'éducation sociale des patients confiés à leurs soins.

Nous comptons des succès. Ceux-ci sont dus, sans doute, aux gouvernants qui ont préconisé et soutenu le mouvement sous l'administration de directeurs éclairés, et la bonne organisation de la clinique. Nous les devons aussi au savoir, au jugement du clinicien, à l'initiative de l'infirmière, au dévouement intelligent de ceux qui ont charge d'aider et le devoir d'enseigner.

Le sujet malade est soigné, c'est entendu, mais là ne s'arrête pas le travail de la clinique. L'organisation du Service médico-social (Division des maladies vénériennes) étend ses ramifications jusqu'au foyer où l'assistante sociale, dans les limites de sa compétence, apporte des conseils d'ordre moral ou religieux qui sont parfois écoutés. Cette part active et bienfaisante, hors de la clinique, n'est pas la moindre. Le détenu est un homme qui cache toujours une misère ; parfois, il lui suffit de trouver auprès de lui une bonté compréhensive pour qu'il glisse de lui-même aux confidences qui le soulagent et préparent le chemin de sa réhabilitation physique et morale. Le conquérir entièrement est difficile ; obtenir de lui l'effort personnel l'est plus encore, car éduquer la volonté chez un adulte est une tâche pénible, et pour le directeur, et pour le sujet, la force de caractère n'étant pas la qualité dominante de ces misérables.

Enfin, ce voleur, cet alcoolique, cet infidèle, ce flâneur qui refuse de s'armer pour la lutte et garde une nonchalance secrète qui n'est souvent qu'un profond découragement devant la nécessité de gagner le pain quotidien, témoigne de la fragilité de nos liens sociaux.

Il est donc très important que l'auxiliaire féminine répète aux patients les conseils et directives donnés par le médecin, qu'elle leur remette constamment sous les yeux les dangers de cette redoutable infection, et qu'elle arrive à les convaincre qu'ils tiennent eux-mêmes leur sort entre leurs mains.

L'assistante sociale doit user de psychologie. Le caractère assez spécial et délicat de sa mission lui impose de préparer minutieusement son questionnaire de façon à ne pas heurter les susceptibilités. Ces

faiblesses humaines, ces vilaines actions, ces éducations manquées, ces existences perverses et risquées, ces conceptions médiocres aux vues courtes doivent être mises à jour avec circonspection pour ne pas effaroucher la confiance libératrice et pour obtenir l'adhésion du sujet. L'infirmière doit justifier son rôle social en poursuivant discrètement son enquête jusque dans la famille et la société, afin de protéger de risques individuels ceux qui dépendent du malade en cause.

Protéger la famille de la contagion toujours possible est primordial. Rien ne doit être négligé pour atteindre ce résultat.

III. *Explication des tableaux :*

L'ignorance n'a jamais été une sauvegarde. L'analyse des figures et tableaux nous démontre que, d'année en année, avec l'augmentation des prises de sang chez nos détenus, le dépistage a subi une marche ascendante malgré le nombre accru de prisonniers. Le pourcentage de cas est moindre, ce qui prouve le bien-fondé de la clinique.

Les explications données sur l'état civil, l'âge, le degré d'infection, nous font voir les dangers de cette redoutable maladie et la nécessité, pour ceux qui en sont atteints, de se faire soigner avant qu'elle ne devienne incurable. Chez les délinquants, la syphilis est un facteur qu'il ne faut pas négliger, car le tableau démontre que dans plusieurs cas, l'intervention tardive a conduit le sujet à la maison de santé, voire aux travaux forcés.

IV. *Conclusions :*

Cette vue d'ensemble assez succincte repose cependant sur les principes fondamentaux du Service social : conscience, charité, compréhension, justice, dévouement ; sur les devoirs professionnels : science, technique, action.

Chaque patient étant un cas particulier, chacun reçoit l'application de ces principes dans la mesure du possible. La question morale qui ne se raisonne pas aussi bien que la question physique reste cependant un facteur important pour l'assistante médico-sociale, car c'est souvent le point de départ de la misère physique et c'est toujours celle-là, en fin de compte, qu'on retrouve au fond de presque toutes les déchéances.

Enfin, l'étude comparative des tableaux, avec le nombre de personnes traitées, leurs divers penchants, la diminution du pourcentage obtenue par l'organisation médicale, reste encore une belle page d'éloquence.

Le détenu, si peu sympathique qu'il puisse être, fait tout de même partie de l'humanité et doit avoir sa place dans nos préoccupations d'avancement civilisateur et dans l'ordre des sociétés humaines. Reforme son esprit, affermir sa volonté, le rendre meilleur, si possible, est une tâche difficile, mais ces individus ont d'autant plus besoin de l'organisation du Service social qu'ils sont plus démunis, plus malheureux et moins bien partagés que quiconque.

RÉSUMÉ

Ce travail présente une compilation statistique des cas de syphilis récente, ancienne et congénitale dans la ville de Québec, de 1942 à 1952.

La diminution du nombre total de syphilitiques est soulignée et plus particulièrement celle des syphilitiques récents.

Les raisons de cette diminution sont doubles : a) la facilité plus grande et la rapidité du traitement par la pénicilline ; b) un Service médico-social bien organisé et efficace. C'est à ce dernier moyen que nous attribuons surtout les bons résultats obtenus.

La lutte à la syphilis ne doit pas être considérée comme terminée ; une vigilante surveillance est nécessaire et doit se poursuivre au risque de voir la syphilis réapparaître aussi menaçante qu'autrefois.

Le Bordet-Wassermann devrait être fait à tout malade hospitalisé. La meilleure prophylaxie de la syphilis congénitale consiste à faire un Bordet-Wassermann à toutes les femmes enceintes et à exiger le certificat prénuptial avec examen sérologique de tous les futurs époux.

Le résultat obtenu est le fruit d'une collaboration bien comprise entre les médecins des cliniques antivénériennes, les médecins praticiens et les infirmières attachées aux cliniques, d'une part, les autorités judiciaires, gouvernementales, administratives et policières, d'autre part. Cette « coopérative » de bonnes volontés, alimentée par un effort constant, a permis de rendre la syphilis récente, une maladie qui devient peu fréquente.

DISCUSSION

Le docteur C.-A. Painchaud demande si tous les examens sérologiques ont été faits à Montréal.

Le docteur Sylvio Caron voudrait savoir comment procéder pour obtenir des arsenicaux quand on veut en employer pour le traitement de certains syphilitiques.

Le docteur P.-A. Poliquin s'informe de l'influence possible de la dernière guerre sur la diminution de la syphilis.

Le docteur Gaumond répond :

1° Au docteur Painchaud : a) que tous les examens sérologiques mentionnés ont été faits au laboratoire provincial du ministère de la Santé, à Montréal, dirigé par M. Rousseau ; b) qu'en ce qui le concerne, il s'est toujours agi non d'un simple Kline, mais d'un Wassermann et d'un Kahn ; c) que les inconvénients du transport des échantillons est largement compensé par la valeur des réactions auxquelles on peut se fier entièrement ; d) qu'en cas de doute, on peut faire faire à Toronto le *Nelson Test* d'immobilisation du tréponème.

2° Au docteur Caron, que les arsenicaux sont encore employés en France ; que le novar et le stovarsol ne sont plus fabriqués au Canada, que si la demande l'exigeait, le fabricant en fournirait probablement, qu'on peut encore se procurer du mapharsan, qu'on utilise avec ménagement à l'Hôtel-Dieu, les restes d'une provision de novar.

3° Au docteur Poliquin, le docteur Gaumond répond que les résultats de la campagne antisiphilitique ont commencé à se manifester en 1944, avant la fin de la guerre et avant la thérapeutique massive par la pénicilline. Il attribue le résultat obtenu surtout à la campagne médico-sociale de dépistage des sources de contamination, campagne qui a été difficile au début, mais qui a fini par rencontrer la collaboration de la plupart des Services sociaux et des malades eux-mêmes. En décembre 1953, il y avait six mois qu'aucun cas de syphilis primaire ou secondaire n'avait été signalé à Québec.

Le docteur André Lizotte, de l'Hôpital de Valcartier, signale qu'au moment de la petite recrudescence de 1951, le mouvement des troupes au camp Valcartier avait quadruplé.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX
SUR LA COARCTATION DE L'AORTE
ET PRÉSENTATION DE CAS *

par

Joffre-André GRAVEL, F.R.C.S. (C), F.C.C.P.

Chirurgien thoracique

et

Richard LESSARD, F.R.C.P. (C), F.A.C.P.

*Professeur de pathologie médicale
Université Laval*

Le rétrécissement de l'isthme de l'aorte ou coarctation de l'aorte, quoique rare, n'est pas exceptionnel.

L'observation que nous vous présentons aujourd'hui est la troisième que nous avons retrouvée dans les archives de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Les docteurs Maurice Giroux et J.-B. Jobin ont publié, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires*, de septembre 1933, un cas d'oblitération de l'aorte, avec autopsie, chez une patiente de 20 ans, morte d'une endocardite végétante de la mitrale ; il y avait, en plus, une persistance du trou de Botal.

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 22 janvier 1954.

Une seconde malade a été dirigée à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, traitée par le docteur Paul David et opérée avec succès par le docteur Édouard Gagnon.

Nous avons, en plus, le souvenir d'un enfant de 8 ans que nous avons examiné il y a quelques années à notre cabinet de consultation et qui était porteur de cette anomalie congénitale, dont il a été chirurgicalement guéri depuis.

Sur une série de 1,000 cas de malformations congénitales, Maude Abbott a retrouvé 142 fois cette anomalie plus souvent isolée ou parfois associée à d'autres lésions anatomiques.

Les facilités mieux connues du diagnostic clinique ont permis de reconnaître un plus grand nombre de cas. Gilles Lorange et Paul David ont eu l'occasion d'observer onze malades de 1948 à 1952. On note, sans tenter de l'expliquer, la prédominance masculine dans les observations rapportées.

DÉFINITION

L'isthme aortique, selon Froment, est ce segment de calibre normalement réduit qui, unissant crosse et descendante, se place entre l'origine de la sous-clavière gauche et la zone d'insertion du canal artériel.

Il y a deux types de sténose ou de coarctation : le type infantile, rare, le plus souvent associé à d'autres anomalies, comporte une sténose isthmique au-dessus du canal de Botal resté perméable, où on retrouve fréquemment une sorte de bicuspide (observation de Louis Berger).

Le type adulte ou type habituel de la coarctation siège au-dessous ou au niveau même du canal artériel oblitéré.

Le type infantile entraîne presque toujours la mort dans la première année.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

C'est au début de l'adolescence que les parents consulteront pour des épistaxis, de la dyspnée d'effort, des vertiges, de vagues troubles digestifs, parfois des sensations d'engourdissements aux membres inférieurs ou même de la lenteur à la cicatrisation des plaies ou à la consolidation des fractures à ce niveau.

SIGNES PHYSIQUES

Trois grands signes : l'hypertension artérielle aux membres supérieurs, l'hypotension artérielle aux membres inférieurs, l'absence des pouls fémoraux.

On constate une discordance nette entre le régime circulatoire des membres supérieurs et inférieurs, en moyenne, on note une tension de 22/9 avec indice oscillométrique de 7 à l'avant-bras, pour une pression de 15/8,5 et indice de 1 à la jambe (Froment).

Les pouls pédieux, poplités et fémoraux ne peuvent pas être perçus.

Il existe habituellement un souffle systolique précordial que l'on entend également au niveau de la région paravertébrale gauche. On peut constater la pulsativité anormale des artères intercostales, mammaires ou périscapulaires.

SIGNES RADIOLOGIQUES

On note sur les films la disparition de l'image normale du début de l'aorte descendante, l'image de l'aorte paraît plus petite.

Les érosions costales limitées au bord inférieur des côtes sont caractéristiques. Elles sont multiples et prédominent de la cinquième à la neuvième côtes, elles apparaissent entre 10 et 20 ans, mais elles sont inconstantes, même chez l'adulte.

L'axe électrique du tracé électrocardiographique est généralement dévié vers la gauche ; il peut être normal.

PRONOSTIC

D'après Maude Abbott, 7 cas sur 10 meurent entre 10 et 40 ans, avec une moyenne de vie de 35 ans.

Les complications à craindre sont la greffe bactérienne (observation de M. Giroux et J.-B. Jobin), les accidents neurologiques, la rupture de l'aorte, l'anévrisme disséquant (observation de R. Johnson), la défaillance cardiaque.

Comme l'ont écrit Di Matteo et Degeorges : par leur fréquence et leur haute gravité, ces complications constituent un danger constant

pour le malade atteint de coarctation. Elles légitiment la discussion de l'intervention chirurgicale chaque fois que, chez un sujet jeune encore, on découvre un rétrécissement de l'isthme de l'aorte.

INTÉRÊT CHIRURGICAL

Qu'il nous soit permis de dire clairement qu'il n'y a qu'un traitement rationnel de la coarctation de l'aorte, et c'est le traitement chirurgical.



Figure 1. — Photo prise en cours d'intervention. Elle fait voir la grosseur des vaisseaux collatéraux.

Crafoord fut le premier à pratiquer cette intervention en 1944 à l'Hôpital de Sabbatsbergs de Stockholm. Très peu de temps après, Gross, de Boston, opérait les premiers cas en Amérique.

Trois genres d'intervention sont possibles :

1° La résection de la partie sténosée avec anastomose bout à bout. C'est l'opération de choix.

2° L'anastomose de la sous-clavière gauche de l'aorte, au delà de la sténose. C'est l'opération préconisée par Blalock. Nous croyons qu'elle doit être utilisée seulement si l'autre est impossible.

3° Dans les cas d'un sténose trop longue pour permettre une anastomose bout à bout, le segment sténosé est remplacé par une homogreffe conservée selon l'une des méthodes acceptées. Dans notre banque de vaisseaux de l'Hôtel-Dieu, nous les conservons, lorsque nous



Figure 2. — Photo prise en cours d'intervention montrant l'aorte qui est pincée en haut et en bas, et la partie sténosée en train d'être réséquée aux ciseaux.

pouvons en obtenir, dans la solution de Gross, maintenue aux environs de plus de 4 et de moins de 4 degrés centigrade.

TECHNIQUE

Sous anesthésie endotrachéale ou endobronchique, le malade étant en position latérale, la cinquième côte gauche est réséquée. L'ouverture du thorax chez ces gens présente un problème sérieux d'hémostase. La vascularisation y est intense et les artères sont de cinq fois leur vo-

lume normal. Toutefois, en procédant avec précaution, le thorax peut être ouvert avec une perte de sang raisonnable. Les intercostales sont les artères les plus grosses, il est sage de ne pas les léser à cause de leur rôle dans la circulation collatérale. Elles sont recroquevillées, ce qui témoigne de leur haute pression, et sont souvent de la grosseur du petit doigt.

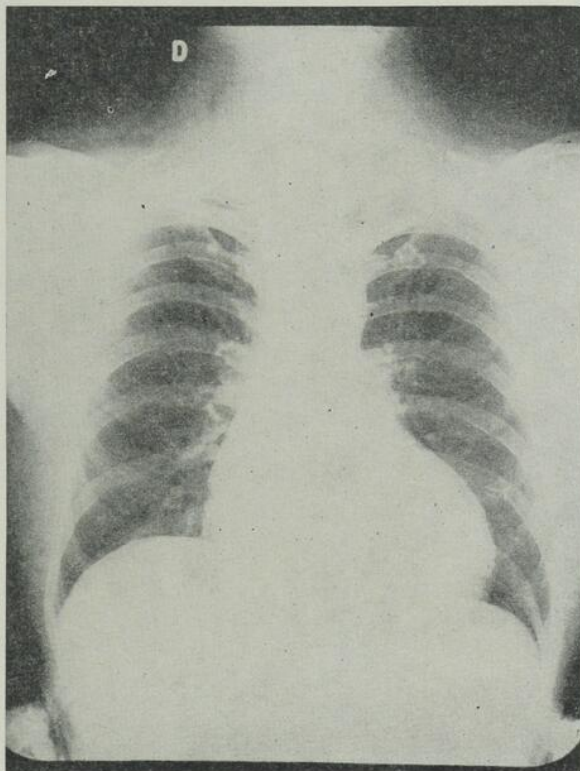


Figure 3. — Encoches costales, gros cœur, peu de proéminence de la crosse aortique.

Une fois le thorax ouvert, la lésion apparaît immédiatement sous la plèvre médiastinale. La crosse de l'aorte est attirée en dedans dans la région du canal artériel et, habituellement, c'est à ce niveau que siège le rétrécissement. La sous-clavière gauche est quasi aussi grosse que l'aorte quand le rétrécissement lui est distal.

La plèvre est ouverte et l'aorte libérée de son lit au niveau de la sténose, en haut et en bas.

Les intercostales peuvent être ligaturées ou épargnées. Leur friabilité est notoire. Elles présentent souvent des dilatations anévrysmales. Une attention toute particulière doit être portée à la région du canal artériel où la plupart du temps le ligament artériel, fibreux, retient

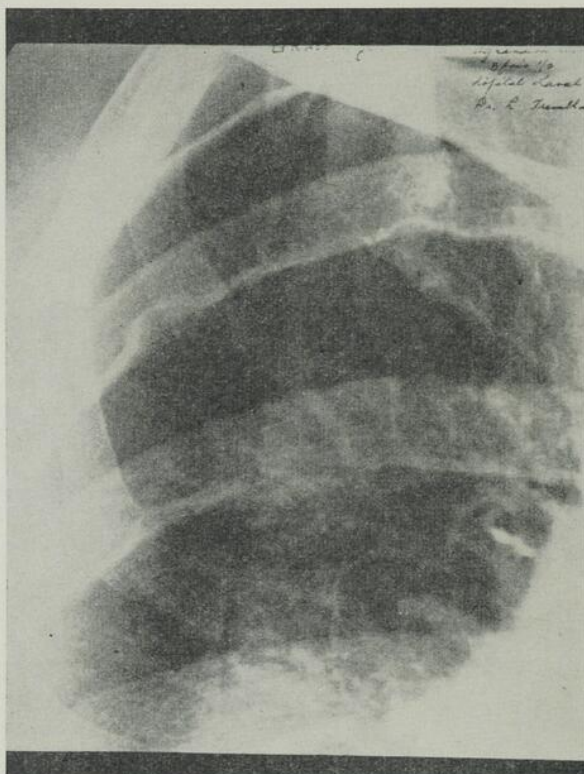


Figure 4. — Agrandissement des encoches costales bien visibles. Courtoisie du docteur Léo Tremblay, radiologiste à l'Hôpital Laval.

l'aorte et empêche la mobilisation nécessaire à l'anastomose. Une fois la région bien disséquée et préparée, l'aorte est pincée en haut et en bas de la sténose, et la partie sténosée réséquée.

Maintenant l'anastomose est commencée. Elle sera faite de points éversants afin que les deux intima soient en contact à la ligne d'anastomose.

On se sert habituellement de soie n° 0000 ou 00000. Une fois l'anastomose terminée, le *clamp* inférieur est le premier enlevé. L'ana-

stomose est renforcie si nécessaire, puis le *clamp* supérieur enlevé avec précaution. Il faut souvent ajouter quelques points pour assurer l'étanchéité de l'anastomose. Puis la plèvre est renfermée sur l'anastomose, et le thorax fermé, habituellement avec un drainage sous eau.



Figure 5. — L'anastomose terminée.

HISTOIRE DU CAS

M. J.-P. G., jeune homme de 31 ans, vient consulter pour céphalée, étourdissements, froideur aux pieds et engourdissements au bras gauche. Son histoire familiale et personnelle est sans aucun intérêt.

Sa mère ne se souvient d'aucun épisode particulier lorsqu'elle le portait. Depuis toujours le malade dit qu'il est sujet aux maux de tête qui, par moment, deviennent intolérables. Il éprouve souvent des étourdissements et des engourdissements.

Il a toujours manqué de force dans les jambes, au point de ne pouvoir suivre ses jeunes camarades au jeu, cette faiblesse s'accompagnait de froideur. Un an avant de se présenter à l'Hôtel-Dieu, il eut une première perte de connaissance de quelques secondes. Examiné, à ce moment, on lui trouva une tension artérielle de 190 mm de Hg aux bras, et il fut traité pour hypertension. Durant les derniers six mois, il éprouve des palpitations à l'effort, avec des sensations de battements dans la tête, au cou, à la région sus-claviculaire. Deux mois avant son

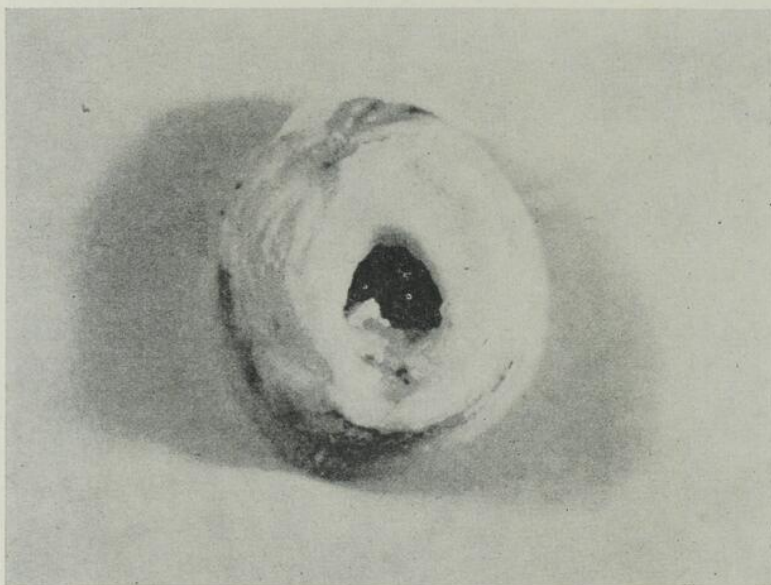


Figure 6. — Le segment d'aorte réséqué. L'ouverture centrale n'a que 4 mm de diamètre.

entrée, nouvelle perte de connaissance. Cette fois, après examen plus complet par le docteur Jacques Pettigrew (Rivière-du-Loup), le diagnostic de coarctation de l'aorte fut porté. Admis à l'Hôtel-Dieu, le 21 septembre 1953, il fut examiné par le docteur Richard Lessard qui confirma le diagnostic de coarctation de l'aorte et, comme cardiologue, jugea son état satisfaisant pour subir une intervention. L'examen physique à ce moment révélait une tension artérielle de 190/90 aux deux bras. Il était impossible de la prendre aux jambes. Il n'existait

pas de pulsations fémorales, ni poplitées, ni pédieuses. On notait la présence d'un souffle aortique, on entendait très nettement un souffle à la région interscapulaire.

Un électrocardiogramme inscrit le 1^{er} septembre 1953 a fourni les renseignements suivants : rythme sinusal régulier à 75 par minute.

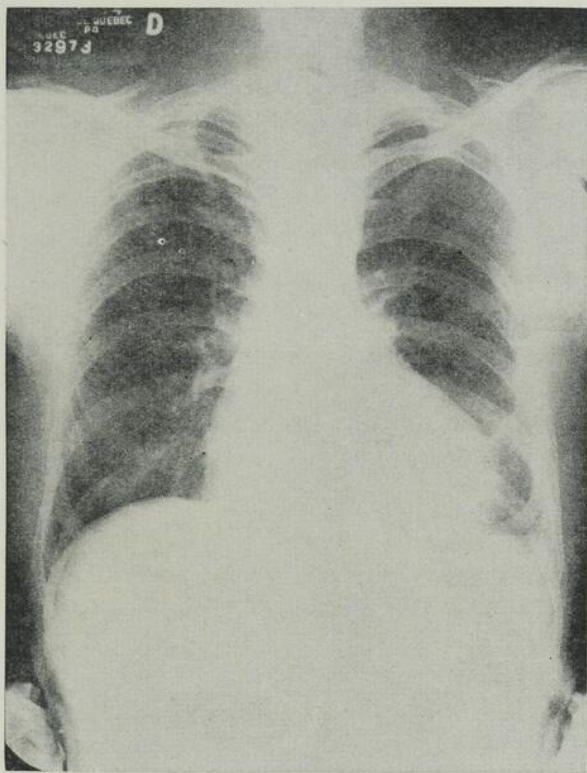


Figure 7. — Radiographie récente. Légère diminution du volume cardiaque. Réexpansion pulmonaire convenable.

Espace PR allongé à 0,24 sec. S1Q3, Qr en AVR : rotation horaire. AQRS : + 10, AT : 0. Bloc incomplet de la branche gauche du faisceau de His. La radiographie pulmonaire révéla la présence des encoches costales pathognomoniques de coarctation, un cœur augmenté de volume et une crosse aortique peu proéminente.

La figure 4 nous fait voir sur un agrandissement l'aspect des encoches.

Le 25 septembre, le malade est opéré. Nous trouvons une sténose courte, siégeant au delà de la sous-clavière gauche.

Fort bien assisté par les docteurs Jacques Turcot et Paul L'Espérance, nous réséquons la sténose et effectuons une anastomose bout à bout.

Dès que les *clamps* sont enlevés, la tension artérielle tombe à 140, et les pouls fémoraux apparaissent.

Les suites opératoires furent normales.

Le lendemain de l'intervention, la tension artérielle était à 135/80 et les pulsations artérielles étaient palpables aux deux jambes.

Le malade se leva la huitième journée et quitta l'Hôpital le dix-huitième jour. Il fut revu deux mois plus tard, son état général était excellent. La tension artérielle était de 135/80. Tous les malaises que ressentait le malade autrefois étaient disparus.

Pour la première fois de sa vie, il dit se sentir très bien.

Les souffles auscultatoires étaient alors disparus.

Il fut revu ces jours derniers, sa tension artérielle était encore de 135/80, le malade se sentait très bien et songeait à retourner au travail.

CONCLUSION

Nous croyons que ce cas fut un succès ; succès dû en grande partie à l'étroite collaboration des médecins, chirurgiens et anesthésistes de l'Hôtel-Dieu de Québec, et à la compétence du personnel hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAMS, H. D., RUTHLEDGE, D. I., et SOUDERS, C. R., Coarctation of the aorta, *J. A. M. A.* : **139** : 362, (5 fév.) 1949.
2. BING, R. J., HANDELMAN, J. C., CAMPBELL, H. E., GRISWOLD, H. E., et BLALOCK, A., The surgical treatment and the pathophysiology of coarctation of the aorta, *Annals of Surg.*, **128** : 803, 1948
3. BROCKMAN, H. L., Congenital mitral atresia, transposition of the great vessels and congenital aortic coarctation, *Am. Heart J.*, **40** : 312, 1950.

4. BRODEN, B., HANSON, H. E., et KARNELL, J., Thoracic aortography, *Acta radiologica*, **31**: fasc. 2, 1948.
5. CRAFOORD, C., et NYLIN, G., Congenital coarctation of aorta and its surgical treatment, *J. Thorac. Surg.*, **14** : 347, (oct.) 1945.
6. CRAFOORD, C., EJRP, B., et GLADDIKOFF, H., Coarctation of the aorta, *Thorax*, **2** : 121, 1947.
7. CRAFOORD, C., HANSON, H., SALEN, E. F., et SOURNIA, J. C., Le cathétérisme du cœur et l'angiographie du cœur, et des gros vaisseaux : leur place dans le diagnostic chirurgical endothoracique, *Poumon* : **2-3** : (mars et juin) 1949.
8. GERBORDE, F., et BOURNE, G., Surgical treatment of a case of coarctation of the aorta with unilateral hypertension, associated with ungovernable tempers, *Brit. J. Surg.*, **38** : 384, 1951.
9. GIDLUND, A. S., et PARKE, I. G., Studies of the arterial pulse wave, *Acta Radio. Scand.*, **29** : 509, 1948.
10. GIROUX, M., et JOBIN, J.-B., Un cas d'oblitération de l'aorte, *Bull. Soc. méd. Hôp. un. de Québec*, p. 293, (sept.) 1933.
11. GROSS, R. E., Surgical treatment for coarctation of the aorta, *J. A. M. A.*, **139** : 285, (29 janv.) 1949.
12. GROSS, R. E., Surgical corrections of the aorta, *Surg.*, **18** : 673, 1945.
13. GROSS, R. E., Technical considerations in surgical therapy for coarctation, *Surg.*, **20** : 1. 1946.
14. GROSS, R. E., et WARE, P. F., The surgical significance of aortic arch anomalies, *Surg., Gynec. & Obst.*, **83** : 435, 1946.
15. GROSS, R. E., BILL, A. H., et PEIRCE, E. C., Methods for preservation and transplantation of arterial grafts, *Surg., Gynec. & Obst.*, **88** : 689, 1949.
16. GROSS, R. E., Coarctation of the aorta, surgical treatment of 100 cases, *Circulation*, **1** : 41, 1950.
17. GROSS, R. E., Surgical treatment for coarctation of the aorta, *Surg., Gynec. & Obst.*, **86** : 756, 1948.
18. HUFNAGEL, C. A., Permanent intubation of the thoracic aorta, *Arch. Surg.*, **54** : 382, 1947.

19. JOHNSON, R., Coarctation de l'aorte. Anévrisme disséquant de l'aorte et de l'hémopéricarde, *Union méd. du Canada*, **81** : 1297, (nov.) 1952.
20. JOHNSON, J., et KIRBY, C. K., The surgical treatment of the infantile type of coarctation of the aorta, *Ann., Surg.*, **127** : 1119, 1948.
21. JOHNSON, J., et KIRBY, C. K., The relationship of the method of suture to the growth of end to end arterial anastomoses, *Surg.*, **27** : 17, 1950.
22. JOHNSON, A. L., et al., Coarctation of the aorta complicated by petence of the ductus arteriosus. Physiologic considerations in the classification of coarctation of the aorta, *Circulation*, **4** : 242, 1941.
23. LEMIERRE, A., Traité de médecine, cardiopathies congénitales : article Roger Froment, t. x, *Masson*, 1948.
24. LORANGE, G., et DAVID, P., Coarctation de l'aorte, *Union méd. du Canada*, **81** : 1284, (nov.) 1952.
25. MAYO CLINIC PROC., Symposium on coarctation of the aorta. Proc. Mayo clinic, **22** : 121, (2 avril) 1947 ; et **23** : 321, (21 juil.) 1948.
26. MONIE, I. W., et DEPAPE, A. D. J., Congenital aortic atresia, *Am. Heart J.*, **40** : 595, 1950.
27. NICKERSON, J. L., HUMPHREYS, G. H., DETERLING, R. A., FLEMING, T. C., et MATHEWS, J. A. L., Diagnosis of coarctation of the aorta with the aid of the low frequency critically damped ballistocardiography, *Circulation* : **1** : 1950.
28. PIERRON, J., et METRAS, H., L'opération de C. Crafoord pour rétrécissement isthmique congénital de l'aorte, *Presse méd.*, **54** : 864, (25 déc.) 1946.
29. PORJE, I. G., Studies of the arterial pulse wave, particularly in the aorta, *Acta Physio. Scand.*, **13** : supp. 42, 1946.
30. PORJE, I. G., Diagnostic of arteriostenosis (arterial occlusion) with the aid of pulse wave recordings, *Scandinavian Jour. of Clinical and Lab. Investigation*, **1** : 177, 1949.
31. POTTS, W. J., Technic of resection of coarctation of the aorta with aid of new instruments, *Annals Surg.*, **131** : 466, 1950.

32. SALEN, E. F., et WIKLUND, Th., Angiocardiography in coarctation of the aorta, *Acta Radiologica*, **30** : fasc. 4-5, 1948.
33. SANTY, P., *et al.*, Rétrécissement de l'isthme de l'aorte, *Lyon chirurg.*, **44** : 236, 1949.
34. SEALY, W. C., DEMARIA, W., et HARRIS, J., Studies of the development and nature of the hypertension in experimental coarctation of the aorta, *Surg., Gynec. & Obst.*, **90** : 193, 1950.
35. SEALY, W. C., et McSWAIN, G. H., A method for producing coarctation of the thoracic aorta in dogs, *Surg.*, **25** : 451, 1949.
36. SOULIE, P., *et al.*, Cardiopathies congénitales. *L'expansion scientifique française*.
37. STAUFFER, H. M., et RIGLER, L. G., Dilatation and pulsation of the left subclavian artery in the roentgen ray diagnosis of coarctation of the aorta. Roentgenkymographic studies in 13 cases, *Circulation*, **1** : 294, 1950.
38. STEPHENS, H. B., et CRIMES, O. F., Coarctation of the aorta, *J. Thorac. Surg.*, **18** : 804, (déc.) 1949.
39. TAYLOR, B. E., *et al.*, Patent ductus arteriosus associated with coarctation of the aorta : report of two cases studied before and after surgical treatment, *Proc. Staff M. Mayo Cl.*, **25** : 62, 1950.

DISCUSSION

Le docteur Guy Drouin a observé, il y a trois ans, un enfant de 11 ans, atteint de cette malformation et qui a été opéré avec succès par le docteur Blalock, de Baltimore, à cause d'insuffisance ventriculaire gauche. Il mentionne l'intérêt qu'il y aurait de mesurer systématiquement la pression artérielle aux membres inférieurs, parce que l'hypotension à cet endroit peut être relative à une tension normale aux membres supérieurs. On pourrait probablement aussi identifier un plus grand nombre de cas et les opérer avant une complication infectieuse ou une insuffisance ventriculaire gauche.

Le docteur Beaudet mentionne qu'il a vu dernièrement deux cas de cette maladie rare, en Pennsylvanie, chez qui l'opération a donné d'excellents résultats. Il en a vu un autre cas à l'Hôpital de l'Enfant-

Jésus, un garçon de 16 ans, arrivé à l'Hôpital pour une appendicite subaiguë et qui sera opéré bientôt pour coarctation de l'aorte.

Le docteur Sylvio Leblond croit que si on pensait à la coarctation de l'aorte en présence de tous les cas d'hypertension chez les jeunes, on en découvrirait davantage. Il rapporte le cas d'une femme de Chicoutimi, dans la trentaine, qui, malgré cette affection, a donné naissance à deux ou trois enfants, et qui refuse l'opération.

Le docteur Gaumond demande l'avis des anatomopathologistes sur la fréquence de cette maladie.

Le docteur Carlton Auger considère que c'est une des rares malformations cardiaques et qu'on la rencontre une fois sur environ 800 autopsies.

Le docteur Maurice Beaulieu mentionne que l'anastomose est difficile à réaliser chez les sujets âgés et que des difficultés opératoires peuvent survenir lors de la section du ligament artériel qui, parfois, est patent. Il faut prêter une attention spéciale au nerf récurrent et aux artères intercostales.

Le docteur Maurice Giroux demande si l'artériographie est employée pour vérifier le diagnostic.

Le docteur Gravel répond au docteur Leblond, qu'à 31 ans, sa malade est rendue à la limite de l'opérabilité et, au docteur Giroux, qu'on fait des artériographies.

Il est à noter que, sur la radiographie, la sténose peut paraître plus longue qu'en réalité et que ceci ne doit pas être considéré comme une contre-indication de l'opération. Il est prudent en pareil cas de tout préparer pour faire une greffe artérielle s'il y a lieu.

ÉPREUVE DU LARGACTIL EN PSYCHIATRIE *†

par

Charles-A. MARTIN

Professeur agrégé, assistant à la Clinique Roy-Rousseau

Le 4560 RP, ou Largactil, dit encore chlorpromazine, a été expérimenté en thérapeutique psychiatrique, à partir des derniers mois de 1951.

Nous avons pris connaissance de ses effets sur les troubles mentaux, à la lecture des premiers rapports des psychiatres français, parus en juin et juillet 1952.

Dès le début, l'expérimentation a été entreprise dans deux directions différentes.

Laborit, Huguenard et Deschamps ont utilisé le largactil en association avec divers calmants du système nerveux, pour réaliser de façon plus pratique une cure de sommeil prolongée, qu'ils ont assimilée à une hibernation artificielle. Les indications et les effets de cette technique deviennent alors ceux de toute cure de sommeil et la valeur thérapeutique du largactil dans cette association se mesure à son effet potentialisateur sur les autres substances employées en même temps, ce qui rend la cure plus facilement maniable.

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 5 février 1954.

† Ce rapport est basé sur une compilation de résultats fournis par les docteurs D. Bédard, M. Bouchard, M. Coulombe, J. Delâge, M. Gervais, L. Lambert, G. Paradis, R. Pion, Y. Rouleau, J. Tellier.

Au contraire, Delay, Deniker et Harl ont choisi d'expérimenter sur la valeur thérapeutique du largactil employé seul. Ils ont rapporté de brillants résultats dans le traitement des psychoses maniaques-dépressives, surtout de forme maniaque, et des états confusionnels de toute étiologie.

On a interprété d'abord l'effet du largactil comme une sédation diencephalique, opposée à l'action excitatrice des traitements de choc, puis on a mis cette explication en doute en considérant la guérison des états confusionnels.

L'action du largactil a été assimilée ensuite à une lobotomie chimique, à cause de l'état mental particulier de ralentissement et d'indifférence observé durant la cure. Ceci n'est encore qu'un raisonnement par analogie.

Paul Abely, se basant sur d'autres notions théoriques, a préconisé diverses associations de la sédation par le 4560 RP et de l'excitation par l'électrochoc pour dépanner les mécanismes diencephaliques. Ces notions ne semblent pas avoir été prises au sérieux.

Nous croyons personnellement qu'il est encore prématuré de théoriser à propos du mécanisme d'action d'un médicament dont l'étude pharmacologique n'est pas terminée, sur des mécanismes neurologiques encore moins connus, dans des perturbations mentales dont la pathogénie n'est pas encore établie.

Après avoir pris connaissance de cette littérature initiale, nous avons obtenu le médicament lui-même au printemps 1953, quand la maison Poulenc nous en confia une quantité suffisante pour essai clinique.

Pour évaluer l'activité propre du largactil, nous avons choisi de l'employer seul, à la façon de Delay et de ses collaborateurs.

Pour débiter, nous avons choisi deux dames atteintes de psychose grave, en instance d'internement, à cause de leur résistance à toute médication. Je mentionne qu'elles ont reçu leurs premières injections le 1^{er} juin 1953, pour ceux que la date pourrait intéresser.

L'une d'elles, Madame L. L., 29 ans, avait déjà été hospitalisée à la Clinique Roy-Rousseau, durant deux mois et demi, pour une mélancolie. Après avoir reçu 27 électrochocs, elle quittait la Clinique, améliorée, présentant encore des troubles du caractère.

Elle fut réadmise le 5 avril 1953, pour une psychose intermittente de forme mixte. Après 18 électrochocs et six injections de métrazol, son état d'agitation, loin de s'améliorer, nécessitait un isolement continu. Dès les premières injections de largactil, elle devint calme. Après qu'elle eut reçu durant 17 jours, trois injections quotidiennes de 25 milligrammes de largactil dans les muscles, nous pouvions la libérer très améliorée et nous n'en avons pas eu de nouvelles depuis.

L'autre malade, M^{me} A. P., 43 ans, fut admise le 29 juillet 1952, avec une psychose maniaque pour laquelle elle reçut, en diverses périodes, à cause de rechutes multipliées, 108 électrochocs, une cure à l'insuline précoma et huit injections de métrazol.

Il a suffi de douze injections intramusculaires de 25 milligrammes de largactil, à raison de trois par jour, pour la stabiliser définitivement et permettre de la libérer parfaitement calme, le 28 juin 1953, considérée par précaution, comme seulement très améliorée.

Convaincu par là de l'activité favorable certaine du médicament, nous avons continué de l'utiliser encore, dans des cas semblables, après la faillite des autres médications et nous avons obtenu d'autres résultats parfois spectaculaires.

Quand, l'automne dernier, le largactil fut lancé sur le marché canadien, nous avons étendu notre champ d'expérimentation clinique à tous nos départements de traitement actif, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, à la Clinique Roy-Rousseau et dans les cliniques psychiatriques des hôpitaux généraux.

Quand nous avons commencé au début de janvier 1954 la compilation des cas où le largactil avait été employé dans ces différents milieux, 362 malades en avaient reçu assez pour entrer dans cette statistique. Assez, ne veut pas dire que tous ces malades en avaient reçu suffisamment pour donner toujours justice à la valeur du médicament.

Cette étude a donc mis à contribution tout le personnel de nos institutions psychiatriques. Ce rapport est la synthèse des rapports particuliers fournis par chaque collaborateur.

Ce travail fait dans un esprit empirique, dans des milieux très divers, auprès de malades nécessairement assez différents, n'a pu être systématisé. Chacun y est allé de sa propre initiative dans le choix des

cas, dans le dosage et le mode d'emploi du largactil et dans son association avec d'autres moyens thérapeutiques.

De plus, les résultats obtenus et le souci pratique de faire bénéficier le plus grand nombre possible de nos malades des bienfaits espérés ont modifié en cours de route notre ligne de conduite, qui, en cette matière, devait comporter pas mal d'empirisme.

La mise en vedette des cas les plus favorables créerait sûrement une forte impression en faveur du largactil, mais cette sélection induirait en erreur.

Nous avons préféré faire mention de tous les cas traités, même si certains échecs sont peut-être attribuables à un dosage insuffisant ou à une cure trop courte, faute de coopération ou à cause de sortie prématurée, ou à d'autres facteurs incontrôlables.

Nous n'ignorons pas qu'une pareille compilation d'actions et de résultats disparates, sans considération pour les facteurs extrinsèques, mérite des critiques sérieuses.

Mais ce n'est pas notre intention de présenter une statistique réelle et contrôlée. Nous attachons moins d'importance à la valeur absolue des chiffres qu'à l'impression globale qu'ils peuvent fournir pour représenter comment nous avons utilisé le largactil et quels résultats pratiques nous en avons obtenus en l'ajoutant à la routine clinique.

Nous n'avons pas voulu répéter les excellents travaux qui ont déjà été publiés pour illustrer les points particuliers.

Les résultats obtenus étant nettement différents suivant les diverses catégories de maladies mentales, une statistique globale ne voudrait plus rien dire.

Une statistique sériee par diagnostics soulève la question de la cohérence nosographique des étiquettes posées par les différents médecins qui ont contribué à cette recherche. L'heureuse homogénéité d'esprit de notre école psychiatrique minimise beaucoup cette difficulté. Mais on rencontre souvent des cas où pour un seul et même psychiatre, la catégorisation diagnostique est un problème compliqué.

Le même facteur personnel intervient dans l'appréciation des résultats, l'optimisme ou le pessimisme foncier de l'observateur pouvant faire porter l'accent sur des critères différents, au moment de l'appré-

ciation du résultat, les résultats rapportés concernent l'état du malade au moment de la libération, ou son état actuel si le traitement est encore en cours.

Enfin dans chaque catégorie nosographique on a nécessairement dû grouper des cas de gravité bien différente. Nous avons tout de même été favorablement impressionnés par la cohérence des rapports fournis par les différents services.

Quant au mode d'emploi, le plus souvent le largactil a été utilisé en injection intramusculaire de 25 milligrammes, trois ou quatre fois par jour, rarement 50 milligrammes trois fois par jour. Généralement la cure a été continuée par voie buccale à la dose de six comprimés de 25 milligrammes par jour.

Dans un plus petit nombre de cas, le médicament n'a été employé que par voie buccale à des doses variant de trois à six comprimés par jour.

Sous chaque étiquette nosologique nous avons distingué quatre groupes de cas :

1^{er} groupe. — Ceux où le largactil a été utilisé seul, après l'échec des autres thérapeutiques biologiques telles que l'électrochoc, l'électrostimulation, le métrazol, l'insuline, le barbotage rachidien. Dans ces cas les résultats comparatifs du largactil sont faciles à évaluer.

2^e groupe. — Les cas où le largactil a été l'unique thérapeutique médicale employée, abstraction faite de la psychothérapie qui a été appliquée chaque fois qu'elle était indiquée, applicable ou nécessaire. Les calmants usuels, l'insuline à petite dose, ou les thérapeutiques étrangères à la psychiatrie n'ont pas été considérés.

3^e groupe. — Les cas, où, après l'inefficacité absolue ou relative du largactil, une autre thérapeutique biologique a été mise en œuvre. Tous ces sujets seraient classés avec les résultats négatifs du groupe précédent, si une autre thérapeutique n'avait pas été employée par après. Il s'est toujours agi de l'électrochoc, excepté dans un cas guéri par l'insuline.

4^e groupe. — Enfin, les cas où le traitement par le largactil a été associé à d'autres thérapeutiques actives, surtout l'électrochoc, quelquefois le métrazol ou l'insuline.

L'association n'a pas nécessairement toujours été concomitante. On a considéré comme thérapeutique associée la succession rapprochée de thérapeutiques diverses, dont chacune a pu contribuer au résultat final.

C'est la constatation de l'efficacité du largactil dans les deux premiers groupes, de même que la réalisation de son insuffisance dans d'autres cas, qui nous ont amenés à tenter cette association.

Quand il s'agit de maladies qui ont une tendance naturelle à guérir et quand l'association se fait avec une thérapeutique dysapte à procurer seule un résultat favorable, la guérison n'est pas en elle-même un critère de l'efficacité de l'addition du largactil. Celle-ci se juge par une réduction appréciable de la durée du traitement, par la sédation rapide de l'agitation et de la turbulence des patients, par leur meilleure acceptation des traitements électriques ce qui permet de poursuivre la cure dans un calme appréciable et apprécié.

Le plus grand nombre de malades traités souffraient de psychose maniaque dépressive, soit 184 sur 362. 57 maniaques, 99 mélancoliques et 28 psychoses mixtes.

TABLEAU I

Manie

Groupe	Technique suivie	Cas	Gué- ris	Très Amé- liorés	Amé- liorés	Peu amé- liorés	Non amé- liorés
1 ^{er}	Largactil après échec	8	3	1	2	—	2
2 ^e	Largactil seul	16	4	5	3	3	1
3 ^e	Largactil suivi d'autre thérapé- utique	6	3	—	2	—	1
4 ^e	Largactil associé à autre théra- peutique	27	18	7	2	—	—
Total		57	—	—	—	—	—

Dans le premier groupe, deux n'ont pas bénéficié du passage au traitement par le largactil, l'un des deux n'a été traité que par la bouche

et l'autre est morte rapidement de délire suraigu en fin de semaine, alors que toute médication avait été discontinuée à cause de l'amélioration déjà obtenue.

Du deuxième groupe, celui qui n'a retiré aucun bénéfice du largactil employé seul n'a pris le médicament que par voie buccale.

Six autres maniaques qui n'avaient pas été améliorés par le largactil ont bénéficié par après des traitements électriques, sauf dans un cas. Si le plus grand nombre des maniaques traités tombent dans le quatrième groupe, c'est parce que les résultats des thérapeutiques associées ont été plus heureux. Tous en ont bénéficié et considérablement en règle générale. L'effet bienfaisant du largactil dans cette amélioration s'est manifesté par une réduction appréciable de la durée du traitement, par comparaison avec la durée moyenne habituelle qui est généralement assez longue dans la manie et par comparaison avec la durée du traitement des accès antérieurs quand le malade avait déjà été traité auparavant par l'électrochoc seul. Certains sujets sont sortis guéris de façon stable, après 10, 14, 15, 18, 21 et 24 jours d'hospitalisation. Même si la cure se prolonge davantage, l'agitation du malade cède rapidement dès le début du traitement.

Les résultats obtenus dans les mélancolies fonctionnelles de diverses natures : affectives, réactionnelles, involutionnelles, se répartissent comme suit :

TABLEAU II
Mélancolie

Groupe	Technique suivie	Cas	Gué- ris	Très amé- liorés	Amé- liorés	Peu amé- liorés	Non amé- liorés
1 ^{er}	Largactil après échec	16	3	5	5	—	3
2 ^e	Largactil seul	37	6	10	14	4	3
3 ^e	Largactil suivi d'autres théra- peutiques	18	9	3	6	—	—
4 ^e	Largactil associé	28	15	5	5	3	—
Total		99	—	—	—	—	—

Ici, l'effet du largactil après échec des autres traitements est sensiblement le même que dans la manie, quoique moins saisissant.

Les résultats du largactil employé seul sont encore une fois dispersés et un peu moins favorables. Quand le médicament a été efficace il l'a été rapidement règle générale : 10, 14, 15, 16, 17, 18 et 22 jours d'hospitalisation.

Par contre en cas d'échec, le passage à l'électrochoc a donné de plus brillants résultats et souvent très rapidement.

L'association à l'électrochoc a été employée relativement moins souvent et a donné de plus sobres résultats. La durée du traitement a été écourtée mais comparativement moins que dans la manie, soit 15, 16, 17, 19, 25, 26, 28 et 30 jours, etc.

Les psychoses mixtes sont généralement plus rebelles à la thérapeutique par l'électrochoc. L'élément confusionnel surajouté y tient souvent plus de place et les rechutes sont plus fréquentes. Dans cette catégorie de psychoses affectives les résultats fournis par le largactil ont été en général plus démonstratifs.

TABLEAU III

Psychoses mixtes

<i>Groupe</i>	<i>Technique suivie</i>	<i>Cas</i>	<i>Gué- ris</i>	<i>Très amé- liorés</i>	<i>Amé- liorés</i>	<i>Non amé- liorés</i>
1 ^{er}	Largactil après échec.	15	6	4	5	—
2 ^e	Largactil seul.	5	3	1	—	1
3 ^e	Largactil suivi d'autres thérapeutiques.	1	1	—	—	—
4 ^e	Largactil associé.	7	7	—	—	—
Total		28	—	—	—	—

Le premier groupe qui comprend les cas les plus rebelles a réagi favorablement. Une malade est guérie dès la deuxième journée au

largactil. Une a guéri après cinq séries d'électrochocs pour autant de rechutes. Une autre avait reçu 108 traitements électriques à part d'autres traitements. D'autres étaient empirés par l'électroplexie. Une malade présentait un délire mystique et hypochondriaque avec des troubles cénesthésiques si bizarres qu'elle fut soupçonnée de schizophrénie. Dès la deuxième journée du traitement par le largactil, tous ses troubles étaient définitivement disparus.

Le largactil employé seul a donné des guérisons rapides, soit neuf et douze jours. Celle qui n'a pas bénéficié du traitement avait été traitée ailleurs sans résultat et s'est pressée de se pendre avant qu'elle puisse être traitée adéquatement.

Dans le cas où l'électrochoc a guéri une malade qui avait reçu du largactil, celui-ci avait donné un excellent résultat, suivi d'une rechute qui peut-être aurait guéri avec la reprise du largactil.

Dans les diverses formes de schizophrénies traitées pour la première fois, les résultats ont été à peu près nuls.

TABLEAU IV

Schizophrénies

<i>Groupe</i>	<i>Technique suivie</i>	<i>Cas</i>	<i>Amé- liorés</i>	<i>Peu amé- liorés</i>	<i>Non amé- liorés</i>
1 ^{er}	Largactil après échec	4	1	—	3
2 ^e	Largactil seul	9	2	2	5
3 ^e	Largactil suivi d'autres thérapeutiques	(Traitement en cours)			
4 ^e	Largactil associé	2	2	—	—
Total		15	—	—	—

Les améliorations mentionnées sont relatives à la gravité des symptômes antérieurs. Une seule de ces malades a quitté l'hôpital après traitement par le largactil seul et elle n'est pas guérie.

Dans six cas d'état paranoïaque et de psychose hallucinatoire chronique, les résultats sont du même genre et difficiles à coter.

Par contre, dans les états confusionnels de diverses origines les résultats ont été des plus encourageants :

TABLEAU V

États confusionnels

<i>Groupe</i>	<i>Technique suivie</i>	<i>Cas</i>	<i>Gué- ris</i>	<i>Très amé- liorés</i>	<i>Non amé- liorés</i>
1 ^{er}	Largactil après échec	2	1	—	1
2 ^e	Largactil seul	11	7	3	1
Total		13	—	—	—

Dans le premier groupe, une malade avait reçu sans succès, pour oniroïdie dix-sept électrochocs et deux métrazols. Son délire l'a quittée dès la première journée où elle reçut du largactil. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une confusion post-traumatique qui a nécessité l'internement.

Dans le deuxième groupe, chez les guéris il s'agissait de confusion réactionnelle, de confusion chez un épileptique, d'hallucination chez un néphritique hypertendu, d'hallucinations récentes chez un débile, de confusion chez une cardiaque et chez une hypertendue. Enfin un autre malade présentait un état confusionnel secondaire à l'électrochoc pour névrose.

Chez les très améliorés, la confusion était disparue, mais il persistait quelques troubles mentaux d'une autre nature. Une tuberculeuse s'est remise assez bien pour être transférée dans un sanatorium. Chez un autre, des hallucinations récentes d'origine indéterminée sont disparues rapidement.

L'autre cas qui n'a pas réagi favorablement est celui d'une femme qui présentait une encéphalite aiguë probablement secondaire à un trai-

tement de son rhumatisme par la cortisone. Le largactil l'a calmée, mais ne l'a pas empêchée de mourir.

La confusion est par essence un phénomène transitoire, mais l'amélioration semble bien avoir été plus rapide que habituellement. Les hallucinations disparaissent remarquablement vite.

On aurait pu inclure dans le même groupe trois cas de *delirium tremens*, dont l'un était porteur d'une fracture récente de la base du crâne et qui tous ont été immédiatement calmés par le largactil, qui ont vu leur fièvre baisser tout de suite et qui se sont désintoxiqués plus vite et plus facilement que d'habitude.

La désintoxication d'un morphinomane de 37 ans a été facilitée et accélérée en douze jours de la même façon.

Ceci laisse entrevoir que l'action favorable du largactil pourrait pour une part être attribuée à un effet détoxifiant.

Dans le cas de psychoses artérioscléreuses, dans une psychose sénile, dans deux cas de psychoses des arriérés, à part la sédation momentanée, le largactil n'a rien donné.

De deux psychopathes traités par le largactil seul, un alcoolique a été très amélioré et un anxieux caractériel a quitté l'hôpital amélioré.

Une sédation temporaire a été le seul résultat obtenu, chez 57 malades internés turbulents, atteints de diverses psychoses chroniques de longue évolution. Ce résultat est quand même appréciable et se compare avantageusement par sa facilité d'application aux traitements de chocs employés comme sédatif.

Un médicament, actif par la bouche, ou en injection, pour le traitement ambulatoire des psychonévroses assez gravement malades pour exiger plus ou autre chose que la psychothérapie serait très bien venu.

Malheureusement, le vice réactionnel de ces individus s'accommode mal des sensations provoquées chez eux par le largactil et on peut dire que l'essai de cette médication dans 63 cas de psychonévroses a été plutôt décevant dans l'ensemble. Certains malades ont paru même empirés.

Deux neurasthéniques seulement ont été traités par le largactil seul et le résultat a été 100 pour cent négatif.

TABLEAU VI

Psychasthénie

<i>Groupe</i>	<i>Technique suivie</i>	<i>Cas</i>	<i>Amé- liorés</i>	<i>Peu amé- liorés</i>	<i>Non amé- liorés</i>
1 ^{er}	Largactil après échec	1	—	1	—
2 ^e	Largactil seul	11	2	2	7
3 ^e	Largactil associé EST	1	—	—	0
Total		13	—	—	—

TABLEAU VII

Hypochondrie

<i>Groupe</i>	<i>Technique suivie</i>	<i>Cas</i>	<i>Amé- liorés</i>	<i>Peu amé- liorés</i>	<i>Non amé- liorés</i>
1 ^{er}	Largactil après échec	1	—	1	—
2 ^e	Largactil seul	8	1	—	7
3 ^e	Largactil associé	2	—	—	2
Total		11	—	—	—

TABLEAU VIII

Anxiété

<i>Groupe</i>	<i>Technique suivie</i>	<i>Cas</i>	<i>Gué- ris</i>	<i>Très amé- liorés</i>	<i>Amé- liorés</i>	<i>Peu amé- liorés</i>	<i>Non amé- liorés</i>
2 ^e	Largactil seul	26	2	6	3	11	4
3 ^e	Largactil associé	4	—	—	4	—	—
Total		30	—	—	—	—	—

TABLEAU IX

Anxiété hystérique

<i>Groupe</i>	<i>Technique suivie</i>	<i>Cas</i>	<i>Gué- ris</i>	<i>Très amé- liorés</i>	<i>Amé- liorés</i>	<i>Peu amé- liorés</i>	<i>Non amé- liorés</i>
1 ^{er}	Largactil après échec.....	1	—	1	—	—	—
2 ^e	Largactil seul.....	5	1	2	—	1	1
3 ^e	Largactil associé.....	1	—	1	—	—	—
Total.....		7	—	—	—	—	—

En somme, on a noté certains encouragements dans les formes anxieuses, mais les résultats ont été très dispersés.

Ceci s'accorde avec ce qu'on observe avec les autres traitements et dépend probablement du fait que cette catégorie groupe des cas très disparates. Les uns sont des anxieux chroniques, sensibles même aux situations usuelles et aussi aux traitements employés. Leur cas s'apparente à celui des autres psychonévrosés chroniques, neurasthéniques, psychasthéniques ou hypochondriaques et ils sont aussi résistants aux traitements. Les autres sont des anxieux réactionnels qui répondent à une situation exceptionnelle ou spécifique et qui sont généralement faciles à guérir. Les anxieux hystériques qui s'apparentent à cette dernière catégorie ont eux aussi réagi favorablement.

Il reste neuf cas, classés sous la rubrique divers et qui se détaillent comme suit :

Une jeune fille atteinte d'hypomanie d'allure hystérique avec un comportement normal a reçu deux injections par jour durant dix-sept jours et son état n'a pas été modifié.

Une femme présentant des vomissements incoercibles de la grossesse a guéri en six jours en prenant 900 milligrammes de largactil en injection.

Dans deux autres cas de vomissements irréductibles chez des anxieuses suspectes d'hystérie, les vomissements ont été contrôlés par le largactil seul.

Dans un cas d'épilepsie temporale se manifestant par des crises anxieuses et de la dépression, l'amélioration a été minime. L'asthme chez une débile émotive a été calmé momentanément par le largactil et l'électrostimulation.

Dans un cas de parkinson postencéphalitique le largactil a calmé l'anxiété, mais n'a pas modifié sensiblement le syndrome extrapyramidal.

Un jeune homme souffrant de troubles circulatoires d'origine sympathique aux membres inférieurs n'a pas été soulagé par le largactil.

Un cas de névralgie pelvienne chronique et très rebelle, non amélioré par diverses interventions chirurgicales et peu modifié par les infiltrations épidurales a été très amélioré par les injections de largactil pendant la durée du traitement seulement.

En résumé, le largactil s'est montré plus actif chez les grands malades aigus, traités dans les institutions psychiatriques, que chez les clients des dispensaires psychiatriques des hôpitaux généraux.

Dans certains cas, il a donné des résultats spectaculaires, après l'échec de traitement pourtant très actif.

Dans d'autres cas, il a fourni à lui seul des résultats rapides et très favorables qu'aucun autre médicament n'avait pu réaliser à date.

Mais assez souvent, la médication doit être complétée par un traitement de choc et l'association des deux techniques a, semble-t-il, fourni les résultats les plus constants.

De plus l'usage du largactil a transformé favorablement l'atmosphère des départements où sont traités les agités tapageurs. Le personnel de ces salles apprécie hautement le fait que les cris et les chants se sont tus, que les mesures de contention et d'isolement ne sont plus nécessaires, que les nuits sont calmes et mieux dormies.

En général le traitement par la bouche s'est montré nettement moins efficace que les injections. Le dosage optimum n'est pas encore nettement défini. L'augmentation des doses a parfois amélioré les résultats, parfois pas. Il semble qu'il y ait intérêt à frapper fort dès le

début et à ne pas suspendre brusquement la médication, mais plutôt la continuer par la bouche à dose décroissante.

Après une rechute, la reprise du traitement peut ramener et consolider la guérison.

Le traitement doit être surveillé de près et se prête mal à une cure ambulatoire intensive.

L'hypotension provoquée est variable et se rencontre surtout au début de la cure. Elle peut s'accompagner de palpitations, de malaises circulatoires et si le malade ne reste pas alité après l'injection peut aboutir à une perte de connaissance. Ceci a été observé deux fois dans cette série. Un insuffisant cardiaque a vu son insuffisance augmentée.

Un certain nombre de malades ont fait de la diarrhée, d'autres se sont plaints de constipation ou de troubles gastriques.

Un diabète a été augmenté, avec accentuation d'une furonculose.

Une malade a fait une éruption généralisée non prurigineuse. Une garde-malade prédisposée aux réactions allergiques a fait une réaction cutanée après avoir manipulé du largactil.

Nous avons pu soupçonner des troubles hépatiques dans de rares cas, mais nous n'avons pas observé d'ictère comme en ont signalé des observateurs qui avaient utilisé le médicament à forte dose.

Le malaise dont le plus grand nombre de patients se sont plaints siège aux fesses. Les injections doivent être faites très profondément et bien dans le muscle. Même ainsi le médicament se résorbe mal. L'addition de novocaïne n'a pas été favorable. L'addition d'hialuronidase dans deux cas a donné de bien meilleurs résultats. Malgré que nos gardes-malades soient spécialement averties, nous avons observé dans quatre cas des abcès stériles qui se sont résorbés sans s'ouvrir. Ils ont été découverts par ponction lors d'injections subséquentes.

On peut dire que, dans l'ensemble, les complications ont été minimales et que, sous surveillance hospitalière, le traitement par le largactil est relativement anodin.

Nous devons dire en terminant que si le largactil est une acquisition importante pour la thérapeutique psychiatrique, ce n'est pas une panacée. Il ne remplace aucune des thérapeutiques existantes et il doit être

utilisé de façon éclectique en son lieu et en son temps comme tous les autres traitements efficaces.

DISCUSSION

Le docteur Sylvio Caron félicite son élève d'avoir eu la franchise de ne pas présenter le largactil comme une panacée, comme d'autres l'ont fait récemment.

Le docteur Gaumond rapporte plus en détail les améliorations rapides qu'il a obtenues dans le traitement de deux cas de psoriasis par le largactil. Il ne s'agit pas de guérison, mais d'une décongestion des plaques, avec une disparition du prurit dont les malades sont particulièrement satisfaits.

Au docteur Roland Desmeules qui lui demande si la médication orale serait suffisante, le docteur Gaumond répond que son premier malade a été traité par voie intramusculaire, mais que le second traité seulement oralement par l'association de largactil et de phénergan a obtenu la même sédation bienfaisante.

MOUVEMENT MÉDICAL

LA MÉDECINE ET LE RESPECT DE L'INDIVIDU SELON LE DOCTEUR RENÉ BIOT

par

Abbé J.-P. SCHALLER, S. T. D.*

Depuis quelques années on insiste étrangement, dans les sciences et les disciplines les plus diverses, sur la nécessité de respecter les droits de la personne et de ne pas mépriser la dignité de l'individu. Les théologiens, les philosophes, les sociologues, les gens de lettres sentent l'impérieux devoir d'affirmer à nouveau, chacun dans son domaine, tout ce qui caractérise l'homme comme « substance individuelle d'une nature rationnelle », selon les termes de Boèce définissant la personne. Ce zèle de tous ceux dont l'influence guide quelque peu le monde, et qui ne veulent pas que l'individu soit noyé dans la masse, prouve le danger actuel d'oublier les droits et les devoirs de la personne humaine. Nous vivons au siècle de l'organisation, des groupements, des sociétés et des communautés. Il serait pour autant condamnable de transformer l'homme en un numéro perdu dans la foule, en un être anonyme absorbé par l'ensemble. Il serait condamnable de juger l'homme et de le traiter non point comme un microcosme mais comme une partie quelconque d'un vaste corps régi par des principes semblables à des automates.

* Cf. *Laval Médical*, 19 : 551, (avril) 1954.

La médecine, elle aussi, a senti cette pressante nécessité de réagir contre une périlleuse évolution d'un art qui atteint l'homme essentiellement dans sa nature individuelle. Cette évolution consiste à traiter le patient comme une chose ou comme un animal, mais non plus comme un être humain en qui agissent de multiples facteurs échappant à des règles immuables. La maladie de l'homme doit être comprise en fonction de son passé, de son hérédité, de ses conditions de vie, de son entourage, de ses préoccupations, de ses soucis, de sa volonté de guérir, bref en fonction de nombreuses influences que ni le laboratoire ni le bistouri ne sont à même de déceler. Et voilà pourquoi le docteur René Biot, le médecin lyonnais, dont les ouvrages sont aussi connus qu'estimés, assume constamment la mission de prôner le devoir qu'a chaque médecin de refaire pour chaque patient sa médecine, c'est-à-dire d'appliquer les principes généraux, étudiés à la Faculté, d'une manière humaine qui ne veut point ignorer la valeur individuelle du malade traité.

LA MÉDECINE AU SERVICE DE L'HOMME

Le docteur R. Biot répond à sa vocation d'une manière large et profonde. Pour lui la médecine humaine qu'il préconise est

« l'art d'utiliser toutes les sciences de la vie au profit de la santé de l'homme »¹.

On sent ainsi, de suite, que le médecin de Lyon n'accepte pas une thérapeutique où le patient serait considéré comme un ensemble mécanique de divers organes mais non comme une synthèse compliquée où les relations du psychisme et du physique créent des conflits qu'il faut patiemment résoudre. La médecine, dit l'auteur, refusera

« de considérer un homme schématique et isolé de tout contact, aussi bien avec l'univers qu'avec sa famille et avec ses semblables. Pour être intégralement humaine, elle devra être familiale et sociale, tout autant que servante des fins spirituelles ».²

Partant de pareils principes la nécessité se fera immédiatement sentir, pour le praticien, de rester au chevet du malade non seulement comme un

1. Docteur René Biot, *Le corps et l'âme*, Paris, Plon (*Présences*), 1938, p. 240.

2. Docteur René Biot, *Santé humaine*, Paris, Plon (*Présences*), 1942, p. 238.

homme de science mais encore comme un être bienveillant et compréhensif qui se penche sur un de ses semblables dans la peine. La médecine, ainsi comprise,

« redonne à la relation entre médecin et malade le caractère d'un contact direct entre deux personnes, au lieu de cet affreux dessèchement du cœur à quoi aboutit une médecine en série. La médecine humaine va se faire accueillante à ces récits des souffrances, des épreuves, à ce qui établit d'emblée un contact direct entre les deux hommes qui sont là dans le recueillement du cabinet ». ³

Il faut apprécier à leur juste valeur ces termes du docteur R. Biot : « médecine accueillante » et « contact direct ». Immédiatement on devinera l'influence que va exercer un pareil médecin sur ses patients. Le pasteur d'âme ne peut que se réjouir de sentir, chez des praticiens consciencieux ce désir profondément sincère d'aller à la rencontre du malade. Le docteur R. Biot n'entend aucunement que la médecine humaine remplisse tous les offices, même ceux du prêtre ou du directeur d'âme. Certes l'auteur reconnaît au médecin le droit de pénétrer très avant dans la vie privée du patient, afin de déceler tout ce qui pourrait jouer un rôle dans l'origine ou l'évolution du mal. Toujours, cependant, le respect du sujet devra diriger les questions du praticien ou même les limiter.

« Il est incontestable, écrit le docteur R. Biot, que le médecin a le droit de pousser son investigation psychologique extrêmement loin, car dans cette pénétration il peut lui manquer des éléments indispensables pour soigner efficacement son malade. Mais s'il a le droit de savoir, c'est parce que, ainsi, il sert. Mais il sert quoi ? ou mieux qui ? la personne. Il peut donc y avoir des cas où son savoir n'est plus licite » (*Pour une médecine du corps et de l'esprit*, p. 26).

Cette dernière remarque restreint l'office du médecin. Car le docteur R. Biot sait parfaitement qu'actuellement la médecine dépasse souvent le cadre où elle doit se mouvoir, en pénétrant dans des sphères que seul le prêtre aurait le droit de sonder. C'est ce qui faisait écrire à l'auteur :

« Il y a au fond de l'âme des sanctuaires que seul le prêtre a qualité pour ouvrir » (*Le corps et l'âme* p. 235).

3. Docteur René BIOT, *La médecine au service de la personne*. Dans *Pour une médecine du corps et de l'esprit*. *Cronique sociale de France*, Lyon, p. 21 et p. 17.

Ainsi, parce qu'elle veut demeurer humaine, cette médecine respecte la hiérarchie des valeurs. Le docteur R. Biot sait que non seulement certaines interventions chirurgicales peuvent aller contre les droits de la saine morale (pensons à l'avortement ou à la stérilisation), mais qu'encore certaines méthodes psychiatriques risquent de détourner le patient de principes que lui rappelle ou enseigne sa religion. Et c'est sans doute cela qui explique une légère méfiance, de la part de l'auteur, à l'endroit des procédés modernes de psychothérapie. Non pas que le docteur R. Biot nie la nécessité d'étudier à fond, pour autant que faire se peut, la nature psychosomatique de l'homme. L'auteur écrit même que la médecine humaine

« sera d'abord une science des relations du physique et du moral. Le problème des relations du physique et du moral est vieux comme le monde, mais il n'est pas exagéré de dire qu'il a été entièrement rénové ces dernières années » (*Pour une médecine du corps et de l'esprit*, p. 15).

Ceci établi, le médecin lyonnais tient à relever l'autre aspect du problème, à savoir le danger que représente pour la vie spirituelle un abus de théories médicales à base de psychothérapie. Car véritablement le surnaturel est d'un autre ordre que celui des corps ou que celui de l'esprit : il est de l'ordre de la grâce. Cette distinction de Pascal⁴ a encore et toujours sa valeur fondamentale. Voilà pourquoi la plus extrême réserve s'impose lorsque l'âme est traitée par un praticien dans le but de soigner l'état général du malade. N'oublions pas que cette âme, selon le langage scolastique, est forme du corps mais aussi siège de la grâce. C'est là une double dignité. Mais entre ces propriétés existe une distance immense qui ne nuit cependant aucunement à l'harmonie des ordres. Seulement il faut de la part du médecin un tel respect de cette âme que pour faire sienne la médecine humaine il importe que le praticien soit sincèrement désireux de ne jamais dépasser ces attributions. Ce n'est pas le pessimisme mais la prudence qui dicte au docteur R. Biot cette remarque lourde de sens :

« Notre époque va voir se généraliser la pratique de la psychiatrie ; peut-être jamais pareil fléau n'aura-t-il menacé les âmes... »⁵

4. Blaise PASCAL, *Pensées*. Paris, Librairie Rombaldi, édition Victor Giraud, 1943, pp. 371-372 : « La distance infinie des corps aux esprits figure la distance infiniment plus infinie des esprits à la charité, car elle est surnaturelle. »

5. Docteur René BIOT, *Médecin et prêtre*. *Revue Apologétique*, Paris, février 1935, t. LX, p. 192.

L'auteur s'empresse cependant d'ajouter :

« mais jamais aussi les chrétiens n'auront-ils meilleure occasion d'instaurer dans le Christ la médecine elle aussi ».

LA MÉDECINE AU SERVICE DE L'ESPRIT

Dans la pensée du docteur R. Biot la médecine se range ainsi parmi les sciences et les arts qui servent à élever l'homme spirituellement. On s'éloigne de la sorte considérablement d'un idéal médical où le patient serait traité uniquement à l'aide du microscope, des analyses de sang et d'urine, des courbes de température ou des interventions chirurgicales. Le docteur R. Biot est d'ailleurs par là l'écho de nombreux autres médecins qui se déclarent défenseurs de la clinique en face du laboratoire, sans nier pour autant la bienfaisance de ce dernier. Pasteur Vallery-Radot, observant qu'« une épreuve de laboratoire n'a de valeur qu'associée à la clinique qu'elle doit étayer », écrivait :

« Cette foi dans le laboratoire, au détriment de la clinique, a conduit à une méconnaissance de la vraie médecine qui consiste à examiner d'abord le malade et à demander ensuite au laboratoire soit une confirmation du diagnostic, soit une orientation quand l'examen a été sans résultat. »⁶

L'académicien ajoutait aussi qu'un médecin qui a le respect et l'amour de son art et qui comprend ce que signifie la personnalité humaine,

« se refusera à considérer le malade qui se confie à lui comme un robot dont les ficelles sont tirées par des collectivités anonymes, qui ne connaissent que les statistiques ; il verra en ce malade un malheureux qui souffre, qui lui demande secours et qui, par cela même, est son ami » (*ibidem*, p. 159).

Certes la médecine n'est pas au service de robots : elle veut au contraire se mettre au service de l'esprit. Le docteur R. Biot partage l'opinion de Pasteur Vallery-Radot, puisqu'il écrivait :

6. Pasteur VALLERY-RADOT, *Héros de l'esprit français*. Paris, Amiot-Dumont, 1952, p. 147. (*Médecin d'hier et d'aujourd'hui*). On consultera aussi avec profit un article du même auteur paru dans la *Revue des Deux-Mondes : Clinique ou laboratoire ?* 15 février 1937, pp. 889-895.

« Selon qu'elle gardera comme idéal de mettre la santé au service de l'esprit qui anime l'homme, ou qu'elle acceptera de le traiter comme un individu interchangeable dans la communauté, la médecine de demain contribuera soit à la libération effective de l'homme, soit à son rabaissement au rang de robot. » ⁷

Le théologien et le pasteur d'âme, le moraliste et le directeur de conscience doivent applaudir en entendant exposer une pareille doctrine. C'est fréquemment que l'on retrouve, dans l'œuvre du médecin de Lyon, cette expression « au service de l'esprit ». Il y a de l'enthousiasme et de la conviction dans cette exclamation de l'auteur écrivant :

« De quelle grandeur la médecine ne sera-t-elle pas revêtue, lorsqu'elle saura retrouver le respect des fins spirituelles de l'homme, et sans négliger en rien le souci du corps qui est son domaine propre, trouvera son illumination dernière dans le service de l'esprit. » ⁸

Une fois encore le théologien salue ce respect des fins spirituelles de l'homme avec une joie profonde et une grande reconnaissance. Car véritablement pour tenir tête à une civilisation où le spirituel et le surnaturel sont souvent sapés dans leurs bases par de multiples penseurs, il faut que les élites s'unissent pour conserver les vieilles valeurs qui, seules, peuvent sauver la dignité humaine. On sait précisément que le docteur R. Biot dirige la publication d'ouvrages paraissant en France dans la collection *Convergences* où théologiens, médecins, juristes et biologistes présentent leurs opinions sur des sujets actuels, divers et capitaux⁹. Dans une conférence donnée à Zurich, en février 1951, Georges Duhamel rappelait ce mot qu'il avait prononcé lors de sa réception à l'Académie française : « Dans le désordre actuel du monde, conserver c'est créer. » Cet écrivain, qui est médecin également, indique par là le programme que doivent suivre ceux qui influencent les autres par leurs doctrines, qu'ils soient prêtres ou médecins, philosophes ou pédagogues. Conserver

7. Docteur René Biot, Avant-propos au volume de la collection *Convergences : Médecine sociale et médecine individuelle*, Paris, Spes, 1949, p. 9.

8. Docteur René Biot, *La Médecine au service de la personne*, dans *Pour une médecine du corps et de l'esprit*, p. 4. Dans *Santé humaine* le médecin de Lyon écrit également : « Ainsi, c'est bien au service des fins spirituelles de la personne humaine que la médecine va mettre la santé, si elle veut prendre ce terme dans son acceptation totale et en épuiser toutes les exigences », p. 129.

9. Ces ouvrages proviennent du Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques (Paris, Spes) et traitent des sujets comme *Médecine et sexualité*, *Le coupable est-il un malade ou un pécheur ?*, *Où commence la maladie ?*, *Où finit la santé ?*, etc. Ces études fouillées devraient être connues de tous les « responsables » modernes.

l'espérance, face à un monde révolté, conserver la charité, face à un monde haineux, conserver la foi, face à un monde « désacralisé », cela n'est pas la tâche uniquement des ministres de la religion. Un médecin, indirectement, sans gérer le surnaturel qui n'est pas son domaine, peut favoriser, par son influence sur les malades, une vie morale et un équilibre physique et psychique qui permettent à la nature de recevoir la grâce et les dons d'en haut. Si l'on est animé de mauvaise volonté, on accusera peut-être le médecin soucieux des fins spirituelles du malade d'être un praticien peu versé dans sa science et qui préfère recourir à l'argument facile du secours divin, plutôt que d'acquérir une connaissance approfondie de la thérapeutique. Le docteur R. Biot a prévu cette remarque déloyale : il y répond avec une simplicité convaincante :

« Se savoir un instrument entre les mains du Tout-Puissant stimule l'effort. De dire : « je le pansai, Dieu le guarit » n'éméchait pas le vieil Ambroise Paré d'être le plus savant et le plus entreprenant des chirurgiens de son temps. Bien loin de dispenser le médecin de l'effort, la croyance en la Providence est un encouragement à la recherche scientifique. Car le chrétien qui sait que c'est Dieu le maître de toutes choses, et de la vie et de la guérison, sait aussi que la volonté de Dieu, pour s'accomplir sur la terre tout autant qu'au ciel, se sert de notre travail et de notre charité. » 10

Ainsi la croyance en la Providence ne fait pas éviter l'effort, au contraire elle le stimule. La théologie ne peut que ratifier les lignes du docteur R. Biot car le vieux dicton « aide-toi, le Ciel t'aidera » conseille de ne pas tenter Dieu, mais d'apporter sa contribution à l'œuvre que Dieu demande que nous accomplissions. Fénelon, qui conseillait à ses dirigés de « parler naïvement au médecin » afin qu'il puisse sagement décider ce qui est à entreprendre, savait tempérer le zèle excessif de certaines pénitentes qui, précisément, n'accordaient pas assez de soin à leur santé. C'est ainsi que le 7 octobre 1708, l'archevêque écrivait à la comtesse de Montberon :

« Vous garderez tout aujourd'hui le grand jeûne de messe, d'office, et de toute entrée à l'église. Votre santé le demande, et par conséquent Dieu le demande aussi. Il faut le servir à sa mode et non à la vôtre. » 11

10. Docteur René BIOT, *Vers l'unité de la médecine*. Dans *Médecine officielle et médecines hérétiques*, Paris, Plon (*Présences*), 1945, p. 342.

11. FÉNELON, *Correspondance*, Paris, Ferra Jeune, 1827, t. v, pp. 518-519.

Le médecin, en soignant le patient, sert Dieu, lui aussi, pour autant qu'il respecte dans le malade l'image du Créateur et l'enfant du Père. Le médecin chrétien ne perdra jamais courage devant des échecs éventuels. Il n'y a aucun ton désabusé, aucune lassitude, dans les observations du docteur R. Biot lorsqu'il constate que

« les médecins ne se font guère d'illusions sur l'imperfection de leurs connaissances » (*Vers l'unité de la médecine*, art. cit., p. 334),

ou lorsqu'il écrit que

« l'ambition de l'art médical qui est d'aider le malade à guérir, aura souvent la sagesse de se borner à aider les hommes à s'accommoder le moins mal possible de leurs insuffisances de santé ». ¹²

Chaque médecin sait bien que sa science n'est pas une science exacte. Le clinicien comme le chirurgien n'ignorent point quelles surprises réserve parfois le déroulement d'une maladie ou d'une opération même apparemment bénignes.

Dès lors le médecin respectueux précisément des fins spirituelles du malade se souviendra de la hiérarchie des valeurs et ne résumera pas le bien de l'homme à sa seule santé.

« Ouverte vers la sagesse, la médecine humaine saura aller jusqu'à accepter que le bien du corps soit compromis, voire immolé pour l'ascension de l'âme » (*La Médecine au service de la personne*, p. 25).

Ces lignes du docteur R. Biot trouvent un écho dans un autre texte de l'auteur, paru en 1951 :

« Pour qui saurait voir ce qui se passe vraiment dans l'âme, la névrose du saint, si elle subsiste encore, au lieu d'être uniquement paralysante devient occasion de sacrifice et d'acceptation rédemptrice et tout est changé, dans la réalité profonde, la vraie, celle qui importe en définitive. » ¹³

Ces lignes merveilleuses montrent exactement combien le médecin se doit de conserver un grand respect pour la vie spirituelle du malade.

12. Docteur René Biot, Introduction à l'ouvrage de la collection *Convergences*, intitulé : *Où commence la maladie ? Où finit la santé ?*, Paris, Spes, 1953, p. 13.

13. Docteur René Biot, *Esquisse d'attitudes pratiques du médecin et du confesseur*. Dans *Le coupable est-il un malade ou un pécheur ?*, Paris, Spes, *Convergences*, 1951, p. 220.

Il n'a pas à la diriger mais il peut se souvenir que dans l'homme il y a d'autres valeurs que des glandes endocrines, un système nerveux ou un équilibre mental... Certes, pour tendre à la sainteté il faut un minimum de santé physique et psychique. Le professeur H. Baruk écrit, par exemple, que « certaines substances hormonales semblent avoir une action très marquée sur le caractère et sur la conscience morale »¹⁴. Cette influence du physique et du psychique sur la vie morale est un thème fréquemment traité aujourd'hui dans la littérature médicale. Les théologiens et les directeurs d'âme auront tout avantage à connaître les conclusions de pareilles études et de ces recherches. Mais cependant aussi longtemps qu'un brin de liberté demeure, le malade est toujours placé devant le choix qui peut faire de lui un saint et un élu. C'est ce qui faisait dire au R. Père E. Tesson, professeur à la Faculté de théologie de Paris :

« L'attitude foncière de l'homme en face de l'Absolu n'est jamais conditionnée par une cure médicale, à moins qu'il ne s'agisse d'un être totalement aliéné et dont, par hypothèse, on pourrait envisager la guérison. »¹⁵

LA MÉDECINE AU SERVICE DE L'INDIVIDU

Si l'on est un peu habitué à consulter les récents travaux que publient des médecins de France, d'Allemagne, de Suisse et d'ailleurs, on découvrira promptement chez ces auteurs, d'une part une certaine méfiance à l'égard de la spécialisation outrée en médecine, d'autre part un regret profond de voir disparaître peu à peu le médecin de famille. Le docteur R. Biot se range également parmi ceux qui s'opposent à pratiquer la médecine de manière impersonnelle. On multiplie les analyses et on ignore la synthèse. On étudie un organe malade séparé du reste du corps, oubliant les phénomènes d'« interférence » de l'organisme humain. Le médecin de Lyon, dans ce domaine, fait des remarques où règne un bon sens que l'on regrette de ne pas découvrir chez tous les praticiens.

« L'être n'est pas une addition d'organes et de systèmes, il n'est pas le fruit d'une construction par pièces successives, comme une

14. Professeur H. BARUK, *Psychiatrie morale expérimentale, individuelle et sociale*. Presses universitaires de France, Paris, 1945, p. 171.

15. R. Père E. TESSON, S.J., *Sexualité, morale et mystique*. Dans *Mystique et Continence, Les études carmélitaines*, Desclée de Brouwer, Bruges, 1952, p. 374.

machine dont on monte les rouages les uns après les autres... Jamais l'on ne rencontre deux individus semblables. Leur passé conditionne si étroitement leur présent que même si à l'origine deux êtres avaient pu être identiques, la série des circonstances qui ont agi sur eux en ont fait deux hommes différents » (*Le corps et l'âme*, p. 3 et p. 8).

Seul, dès lors, le médecin de famille sera capable de comprendre le patient, et comprendre un malade est sans doute le premier effort nécessaire dans l'art de guérir. Le médecin de famille ne se limitait pas à diverses analyses isolées du tout, car

« qui dit analyse dit nécessairement, par définition, fractionnement, mise en morceaux » (*ibidem*, p. 14).

Il veillait à réaliser la synthèse entre les causes lointaines et prochaines qui avaient conduit le malade à son état actuel. Hélas ! aujourd'hui dans certaines cliniques ou lors de certaines consultations médicales, le patient devient parfois un sujet quelconque, un « cas » avec dans ce mot une note très impersonnelle, un numéro, enfin, qu'il faut ranger dans telle ou telle catégorie et qui a besoin, de ce fait, de telle injection, de tel traitement ou de telle opération... C'est peut-être en songeant à cet état de choses que le docteur R. Dumesnil avait écrit :

« Le jour où le médecin n'aurait plus qu'à mettre en mouvement des rouages et des machines, la médecine serait plus dangereuse qu'utile. »¹⁶

Une fois encore le médecin sert la cause de l'humanité moderne lorsqu'il entend demeurer individuel dans sa manière d'agir, et ceci parce que le malade est une personne et non un élément anonyme. Le prêtre lui-même doit trouver là une source de leçons et d'indications. Ce ne va pas être en vain que le professeur M. Sendrail constatera que « notre chimie nous est strictement personnelle »¹⁷. Cette remarque a son importance pour le prêtre en tant que médecin des âmes puisque saint Thomas d'Aquin aime à rappeler que le corps est l'instrument de l'âme

16. Docteur René DUMESNIL, *L'âme du médecin*, Paris, Plon (*Présences*), 1938, p. 81.

17. Professeur Marcel SENDRAIL, *La biologie du moi*. Dans *Médecine sociale et médecine individuelle*, Spes, Paris, *Convergences*, 1949, p. 83.

(*instrumentum animæ*)¹⁸. Le moyen âge n'oubliait pas le caractère individuel du microcosme qu'est l'homme. Aujourd'hui, dans le ministère, existe certainement un piège qui consiste à donner trop de soins aux groupements et plus assez à chaque fidèle pris en particulier. Il y a chez de nombreux ecclésiastiques un zèle tel pour les « mouvements d'action » qu'on pourrait dire aussi que le « prêtre de famille » est en train de disparaître, ou du moins risque de perdre son importance. Toute ardeur poussée à l'excès abandonne son caractère vertueux. Médecin et prêtre doivent rester ou redevenir d'abord ceux qui entretiennent avec le malade du corps ou de l'âme un colloque particulier qui ne ressemble à aucun autre. C'est avec raison que le docteur P. Fournier, dont nous parlions dans un article précédent, regrette le temps où le médecin de famille allait faire ses visites, paisiblement, en fiacre, méditant sur ses malades, pensant à leurs soucis, à leurs préoccupations, à leur famille. Ce praticien savait que

« nos problèmes de vie jouent un rôle considérable aussi dans les maladies organiques »¹⁹.

Certes ce n'est pas qu'il faille radicalement condamner le spécialiste : ses lumières sont d'un précieux secours pour la thérapeutique. Mais il ne faut jamais perdre de vue la synthèse. Le docteur R. Biot révèle ses craintes lorsqu'il doit constater :

« Notre savoir risque de périr étouffé sous l'abus des sciences. Même à l'intérieur d'une science, ses serviteurs arrivent à s'ignorer : tel qui consacre sa vie à la physiologie du foie ou celle du rein, ne peut suivre que de loin les travaux du cardiologue, il s'expose un jour à ne plus en comprendre le langage. »²⁰

Il importe donc de revenir à l'« homme total ». Et sans nier la nécessité du savoir il vaut mieux peut-être passer une demi-heure de plus au chevet du patient pour écouter ses plaintes et gagner sa confiance que

18. *Summa contra Gentiles* : « quia vero corpus est animæ instrumentum », lib. IV, cap. 73, *Summa theologica* : « ipsumque corpus est propter animam, sicut materia propter formam, et instrumenta propter motorem, ut per ea suas actiones exercent », I, II, q. 2, a. 5, c. Voir encore I II, q. 56, a. 4, ad 3.

19. Docteur Paul TOURNIER, *Médecine de la Personne*, Neuchâtel (Suisse), Delachaux et Niestlé, 1945, 8^e édition, p. 13.

20. Docteur R. BIOT, *Avant-propos à Médecine et sexualité*, Paris, Spes, *Convergences*, 1950, p. 9.

de passer ce temps à son bureau pour y apprendre les résultats qu'éventuellement le laboratoire espère bientôt obtenir. Le médecin de famille devra user des découvertes faites par les spécialistes, mais il ne saurait négliger la sollicitude qui appartient à son art, car

« tout ce que l'homme concret offre à notre observation réelle est toujours, en même temps et du même coup, corps et âme, esprit et matière. C'est en cela et par cela que l'homme est homme » ²¹.

Cette situation très particulière de l'être humain impose aux sciences et aux arts qui le servent le devoir de ne pas oublier que chez chacun et chacune il y a des réactions à nulles autres pareilles et qui font précisément de chaque homme un monde particulier. Le prêtre et le médecin sont peut-être aujourd'hui les gardiens les plus indiqués des valeurs individuelles. Ils doivent donc éviter la contagion du collectivisme et demeurer penchés sur un être, quel qu'il soit, avec toute la disponibilité voulue pour comprendre son cas qui n'est pas et ne sera jamais celui du voisin.

« Oublierait-on, — écrit le docteur R. Biot — que chaque malade individualise tellement les symptômes qu'il présente que jamais deux cas ne sont absolument comparables? Tout diffère : le tempérament initial et l'hérédité, les conditions habituelles de vie, le passé pathologique, les maladies antérieures et les traces qu'elles ont laissées » (*Vers l'unité de la médecine*, p. 336, art. cit.).

Tout diffère : c'est à cela aussi que doivent songer le directeur d'âme, le confesseur et l'aumônier des malades. C'est cette différence, fondement de la variété, qui permet aux valeurs humaines de rester attachantes, car un monde où chacun deviendrait un simple engrenage dans une machine immense serait un monde sans vie, sans attrait et sans tradition. Le médecin est le gardien de la cité, lui aussi, d'une cité où l'harmonie entre la matière et l'esprit, entre le corps et l'âme, subsiste sans relâche parce que le corps y est estimé et l'âme respectée. La médecine peut jouer un rôle capital dans la défense de la civilisation. Mais le jour où elle deviendra une pure spécialisation, ignorante de l'ensemble,

21. Docteur René Biot, *Le corps et l'âme*, p. 103. L'auteur écrit ailleurs : « La médecine doit considérer non seulement tel ou tel organe, mais encore l'homme total fait d'un corps et d'une âme, en un mot elle doit être vraiment une médecine humaine » (*La médecine au service de la personne*, art. cit., p. 31). Dans *Santé humaine* le docteur René Biot constatait : « quand il s'agit de médecine, il y va de l'homme tout entier », p. 206.

c'est qu'elle abandonnera sa mission, c'est que le médecin reniera sa vocation. Le professeur E. Sergent disait que la spécialisation ne doit être qu'un surcroît ajouté à une solide formation médicale²². Le docteur R. Biot, de son côté, conseille au spécialiste de « rester universaliste dans la spécialité » sinon l'unité foncière de l'être humain sera morcellée. Pareilles directives se retrouvent tout au cours de l'œuvre du médecin de Lyon²³.

CONCLUSION

LA VRAIE MÉDECINE FAVORISE LA SAGESSE ET LA VERTU

Tout en n'étant pas partisan des doctrines cartésiennes on doit aujourd'hui encore songer à la remarque du *Discours de la méthode* :

« S'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher. »²⁴

Ce que Descartes disait à son époque, nous pouvons le redire en pensant à la médecine humaine telle que la conçoit le docteur R. Biot. Cette médecine certes s'inspire beaucoup plus des principes hylémorphistes d'Aristote et de Thomas d'Aquin que de ceux qui fondent le dualisme cartésien. Et voilà encore une raison pour recommander vivement la lecture des ouvrages du médecin de Lyon. Il se base sur une saine philosophie et demeure en des limites exactes. L'auteur sait que la sagesse n'est pas qu'un don du Saint-Esprit : elle est aussi une vertu intellectuelle. Le médecin doit rendre le corps un réceptacle favorable pour le don et un instrument souple pour la pratique de la vertu.

22. Docteur E. SERGENT, *Profession médicale : La conscience du médecin*. *Revue des Deux-Mondes*, 1^{er} mai 1939 et *L'Avenir de la Clinique française*, *ibidem*, 15 novembre 1933.

23. A ce propos on consultera avec profit un extrait de la *Vie intellectuelle* (25 novembre et 10 décembre 1936) intitulé *L'évolution des mœurs médicales au regard de la morale chrétienne traditionnelle*. Ce texte du docteur R. Biot souligne combien il faut sauvegarder le côté humain de la médecine contre le danger du fonctionnarisme ou de la spécialisation outrée. Une fois de plus l'auteur rappelle que la médecine, en veillant sur la santé humaine, « doit fournir à l'homme le moyen de faire servir son corps à ses fins spirituelles » (p. 28).

24. DESCARTES, *Discours de la méthode*. Éditions de Cluny, Paris, 1943, p. 166.

« Est-ce à dire — demande le docteur R. Biot — que la médecine soit directement chargée de faire régner la sagesse? non point, la médecine humaine se garde de confondre le rôle du moraliste et celui du médecin, le rôle du directeur de la santé et du directeur de la conscience. Mais la fonction du médecin est de mettre l'organisme vivant dans des dispositions telles que la sagesse soit possible. Il devra donc s'abstenir de tout ce qui, apparemment utile au corps, pourrait compromettre la sagesse » (*La médecine au service de la personne*, p. 24).

On saisit par là toute la noblesse de la tâche médicale. Le praticien rend possible la sagesse sans pour autant la diriger... On ne saurait mieux indiquer la hiérarchie des ordres. Et si le docteur R. Biot respecte pareillement l'échelle des valeurs, c'est qu'il sait bien que

« la dignité de l'homme ne réside pas en un effort pour rendre plus lâche la liaison avec le corps, comme si l'idéal était de rompre ce lien... La vertu est vertu de tout l'homme : l'âme du vertueux ne s'est pas détachée du corps, elle en est maîtresse et elle en fait son instrument pour le bien » (*Le corps et l'âme*, p. 125).

Voilà encore le but des efforts du médecin : rendre la vertu plus facile, on pourrait dire plus aimable. Chacun sait qu'un traitement hormonal est capable d'aider ce gourmand, ce luxurieux, ce colérique à gouverner plus sûrement ses passions. On sait également que les soins du neurologue ou les directives du psychiatre peuvent calmer l'angoisse et l'anxiété pathologique de tel ou tel patient. Un traitement des glandes endocrines ou des nerfs peut donc grandement contribuer à la réalisation d'un programme de sagesse et d'une vie vertueuse. Cela n'empêche aucunement, au contraire, de maintenir très nettes les distinctions fondamentales entre l'office du médecin et celui du vétérinaire. Nous avons déjà relevé que certaines méthodes trop réservées à l'unique laboratoire ont fait craindre à plus d'un médecin une périlleuse transformation du malade en un sujet animal. C'est ce qui explique le zèle avec lequel le docteur R. Biot se plaît à répéter combien la maladie diffère chez l'homme et chez la bête.

« Chez l'animal tout se borne à des phénomènes physiologiques, tandis que chez l'homme, faut-il le redire encore, il y a constamment intrication des phénomènes physiologiques et des activités psychiques et spirituelles... La maladie reste chez l'animal un désordre somatique ; elle est immédiatement chez l'homme un malheur, une épreuve individuelle et familiale » (*Le corps et l'âme*, p. 239).

La même idée est développée ailleurs par l'auteur, avec non moins de perspicacité :

« Les activités spirituelles, les dispositions d'esprit, les sentiments, les vœux ont une efficacité physiologique et pathologique de premier ordre. Non pas qu'il faille les concevoir comme existant par eux-mêmes et agissant sur le corps comme s'ils étaient des agents extérieurs à lui ; mais, en une union substantielle, âme et corps, esprit et matière réalisent le composé humain de telle sorte que souvent la clef des problèmes pathologiques ou thérapeutiques est spirituelle. » 25

Il est facile, alors, de comprendre que le médecin, face au malade, doit devenir un ami. C'est déjà ce qu'affirmait Pasteur Vallery-Radot, c'est aussi ce qu'écrit le docteur P. Merle :

« Au médecin d'être l'ami modeste, patient, lucide, ferme, bon, loyal, plein de tact, qui sait écouter, compatir et comprendre, qui respecte dans son malade la souveraine dignité de la personne humaine. » 26

Il faut se réjouir de sentir ainsi des praticiens, et ils sont nombreux, réagir contre une médecine impersonnelle, contre une science qui, en place d'avoir la souplesse d'adaptation nécessaire pour chaque patient, deviendrait un procédé automatique, oubliant qu'il n'existe pas un malade type mais que chacun présente, avec son mal, des réactions particulières. Le docteur R. Biot laisse apparaître son cœur d'homme compatissant et non seulement son savoir de praticien consciencieux, lorsqu'il écrit :

« Il n'y a pas de médecine sans une disponibilité foncière, une patience inlassable, une vraie sympathie pour celui qui souffre » (*Esquisses d'attitudes pratiques du médecin et du confesseur*, art. cit., p. 214).

Pareil principe est applicable à l'art de diriger les âmes et le prêtre doit faire siennes ces paroles de médecin. Le juge également, tout en

25. Docteur R. BIOT, *L'évolution des mœurs médicales au regard de la morale chrétienne traditionnelle*, pp. 24-25. Voilà pourquoi aussi l'auteur écrit, au sujet de la médecine : « C'est au bon fonctionnement total du corps qu'elle doit tendre, non pas de telle fonction en particulier, mais de l'ensemble » (*ibidem*, p. 28). Ces lignes s'accordent avec ce que le docteur R. Biot disait ailleurs : « La maladie n'est plus caractérisée par l'irruption en nous d'un agent étranger et hostile, et les ravages qu'il détermine ; pas davantage par les réactions de notre organisme, mais constamment par l'intrication indiscernable des deux » (*Santé humaine*, p. 217).

26. Docteur P. MERLE, *La formation morale et sociale du médecin*. Dans *Pour une médecine du corps et de l'esprit*, *Chronique sociale de France*, Lyon, pp. 36-37.

désirant demeurer impartial, doit user de cette disponibilité foncière pour bien saisir le dilemme qu'il a comme mission de trancher. Le maître encore ne saurait ignorer cette méthode s'il veut atteindre l'intelligence et la volonté de ses élèves. De la sorte nous voyons donc bien que la médecine comprise à la manière du docteur R. Biot se range véritablement parmi ces moyens qui doivent ennoblir l'humanité, la rendre plus sage et plus vertueuse. A l'école du médecin de Lyon chacun va s'enrichir : le malade d'abord, mais le prêtre aussi comme nous l'indiquions, et le juge, le pédagogue, le moraliste. Si une certaine littérature tendancieuse a dénigré parfois la médecine et les médecins, il suffit de relire l'œuvre du docteur R. Biot pour s'assurer qu'au contraire aujourd'hui comme jadis il faut répéter, à la suite du fils de Sirach, le mot de l'Écriture (*Eccli.*, xxxviii, 1 et 3) : « Rends au médecin les honneurs qui lui sont dus ; car, lui aussi, c'est le Seigneur qui l'a créé. Sa science élève sa tête et il est admiré en présence des grands. »

PROPOS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

LE GÉNIE ET LA FOLIE[†]

par

le docteur CAFFIAUX (Lille) *

C. Avis médico-psychologiques :

Lombroso, dans son œuvre touffue et enthousiaste, semble sacrifier au préjugé et considérer le génie, la folie et la criminalité comme des modalités d'un même processus de névrose para-épileptique.

« Le lien, dit-il, qui rattache la génialité à la névrose et à la folie, chez les peuples et chez les individus, fait présager que l'une ne se manifeste pas sans l'autre et que l'évolution, cause et effet de la névrose, s'y associe toujours⁴⁰. »

Ceci ne l'empêche d'ailleurs pas de présenter çà et là la folie comme un état de régression à des stades ancestraux et « la génialité (comme) l'expression la plus pure de l'évolution », génialité qu'il trouve dans les races nordiques, parallèle à la néophilie vraie et non à l'instabilité en réalité conservatrice des latins.⁴¹ Il oppose, comme tant de savants,

[†] Cf. *Laval Médical*, 19 : 978, (septembre) 1954.

* Chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, France.

40. Lombroso semble oublier ici un moment que la situation révélatrice met en évidence les uns comme les autres sans les lier entre eux. Ainsi un concours met en évidence le candidat de valeur comme le fruit sec.

41. « La France, l'Espagne, l'Amérique du sud, séditions, ont peu de créateurs de vraies révolutions politiques et scientifiques. » LOMBROSO et LASCHI, in : *Le crime politique et les révolutions*.

le germain génial et révolutionnaire au latin séditieux mais conservateur. Les juifs, regardés comme doués de peu de génialité, de même que les autres peuples sémitiques, sont parfois considérés comme ayant beaucoup de génies et, proportionnellement, d'aliénés.⁴² (Lombroso reconnaît que ces névroses concomitantes sont presque toujours dégénératives.)

Si l'école sociologique a tendance à ne voir guère dans le génie que l'effet d'un concours de circonstances sociologiques, Lombroso est accusé parfois de ne pas tenir un compte suffisant de ces données, de négliger le milieu. Il pressent tout de même que des situations nouvelles mettent en mouvement des facultés jusque-là inertes. Les juifs, en Allemagne, constate-t-il, sont devenus savants.⁴³

Et pourtant, c'est la race peut-être la plus réfractaire à toute assimilation, la plus « raciste », la plus figée, qui est ici choisie comme exemple.

Lombroso trouve dans le croisement⁴⁴ des races l'occasion d'un accroissement momentané de la production de génies. Il donne, entre autres exemples, celui du Japon dont il attribue les qualités évolutives aux grands mélanges avec les races malaises, celui de la Franche-Comté dont il attribue les grands hommes au mélange de sang allemand, celui de l'Angleterre avec ses mélanges de races...

La « greffe climatique » peut tenir lieu d'ailleurs de ces croisements favorables.

Lombroso lie volontiers génie et aptitudes révolutionnaires puis signale les névroses et psychoses des révolutions. Nous pourrions lui donner raison dans les conditions suivantes : le génie contribue à provoquer la révolution et celle-ci contribue à l'éclosion des diverses formes de folie et à leur mise en valeur.

Il se demande aussi s'il n'est pas une fréquente criminalité du génie et il cite Renan : « C'est l'imposture qui vainquit la violence des premiers

42. Il est aisé de répondre que l'épreuve qui sélectionne trie celui qui s'adapte et le sépare de celui qui succombe et dégénère. C'est le revers de la médaille.

43. Nous établirions volontiers une étude comparée montrant comment la pensée juive nourrie de la science germanique et dotée de l'instrument de la langue allemande, a pu donner un Freud, alors que, parallèlement, la langue et les données sociologiques françaises ont rendu possible au monde israélite un Bergson.

44. Pour des raisons biologiques, des raisons de nécessité que Lombroso illustre de l'exemple des pasteurs sémitiques poussés au phonétisme par la nécessité de transcrire des noms sémitiques en égyptien (non de les traduire, comme d'autres peuples auraient fait), et par synthèse de plusieurs civilisations, ajouterons-nous — (Le phonétisme a été un jeu « payant ».)

hommes . . . L'ordre fut imposé par des brigands qui s'étaient transformés en gendarmes. » ⁴⁵

Il considère que le génie est exceptionnel chez la femme mais omet de préciser s'il juge la folie également rare au sein du beau sexe.

Lombroso est touffu, riche en faits, mais ceux-ci ne sont pas toujours parfaitement et définitivement classés. Il passe d'une intuition à une autre sans compléter ses analyses.

Nous avons voulu donner quelque idée de son appréciation.

Il ne parvient pas à convaincre de la parenté du génie, de la folie et du crime politique et des exemples comme ceux de : Luther, Loyola, Savonarole, Lazzaretti . . . ne parviennent pas à rendre cette thèse bien convaincante.

La notion du demi-génie mattoïde est plus acceptable. Il n'y a guère qu'à propos de Dostoïevski qu'un rapprochement intime entre génie et tendances morbides du tempérament se trouve tenté avec quelque succès : « *Altruistes hystéro-épileptiques*. Si comme il semble certain, Dostoïevski s'est dépeint lui-même dans l'*Idiot*, nous avons une autre variété d'aliénés qui, pendant toute leur vie, portent l'empreinte de la psychologie spéciale à l'épileptique : impulsivité, double personnalité, enfantillage, et en même temps pénétration prophétique accompagnée d'une véritable sainteté, altruisme exagéré ; c'est pourquoi ils se font auteurs de révolutions religieuses et sociales. Ce dernier fait est très important, attendu que la constante immoralité de l'épileptique nous interdirait de rapprocher ce dernier de la figure si délicate du saint ; mais du reste, cette objection a été éliminée par les observations de Bianchi, de Tonnini, de Filippi.

« L'hystérisme, qui est le frère jumeau de l'épileptique, nous montre, encore plus souvent, à côté de l'égoïsme exagéré d'autres tendances d'altruisme excessif, ce qui nous prouve que celui-ci n'est souvent qu'une variante de la folie morale. »

45. Ce génie nous paraît quelque peu équivoque, plus encore que celui de criminels regardés presque universellement comme des génies tels Jules César (son génie s'il existe est-il indissociable de sa criminalité?). Plus intelligible est le lien entre la criminalité antérograde ou rétrograde, au sens de Maxwell, et le génie.

Si la criminalité croît dans les grands centres ainsi que le génie, comme l'affirme Lombroso nous sommes tentés de n'y voir comme pour la folie, que le revers de la médaille, la situation permettant de mieux distinguer la valeur de divers individus. Le danger de statistiques mal interprétées est ici très grand.

Mais est-ce le génie qui a su peindre le trait de psychologie éprouvé ou le génie a-t-il consisté à éprouver l'attirance morbide? Dans le cas d'une auto-observation, de mal perforant par exemple, le génie consisterait-il dans la clairvoyance de la description ou bien surtout dans le fait d'avoir contracté le mal? Encore, lorsqu'il s'agit de tendances, conviendrait-il de démontrer leur caractère réellement pathologique.

Le pathologique se réfugie-t-il dans l'appétit d'écrire? Mais l'éducation, l'utilitarisme, l'écriture sans enthousiasme... ont aussi leur mot à dire.

Lombroso parle encore de génies passionnés, mais ne trouve à citer que : Garibaldi, Lassalle et Cavour.

Combien nous préférons le voir adopter cette vue de Flaubert : « Les génies résument en un seul type un grand nombre de personnalités éparses et apportent à la conscience du genre humain des individualités nouvelles. » Donc le génie s'oppose à l'étroitesse, à la monomanie, il est univers et synthèse⁴⁶ et plénitude. Il lui faut pour cela plus de vigueur que de passion. Aussi Max Nordau dénie-t-il aux masses tout génie et toute aptitude révolutionnaire : « La masse est toujours conservatrice... car elle n'agit pas d'après des concepts nouveaux et individuels ; parce qu'en conséquence elle ne sait pas s'orienter dans des situations nouvelles et ne se sent bien que dans le milieu habituel, connu... Toute révolution est l'œuvre de la minorité dont l'individualiste ne pouvait se conformer à des conditions qui n'avaient été ni calculées ni créées pour elle. La majorité ne suit qu'à contre-cœur si elle n'a pas été disposée, et depuis plusieurs siècles, préparée à considérer comme impossibles et par conséquent destinées à la décadence les institutions présentes. » De véritables novateurs? Frédéric de Prusse, Joseph II d'Autriche... ou Pythagore. Voilà non des séditeux, mais de grands génies révolutionnaires.

Mais Lombroso nous présente Cromwell, décrit par Guizot, parle de ses accès de folie, « anomalies du génie », et oublie ses meilleures pages. Il pense avoir démontré que la folie et la folie morale, ou la criminalité et

46. Lombroso reconnaît d'ailleurs : « Cependant l'œuvre des génies, elle-même ne peut être qu'une synthèse, une accélération rapide d'idées et de sentiments déjà mûrs et prêts à se développer dans le sein d'un peuple. Voilà en quoi consiste véritablement l'œuvre de génie. » Peut-être n'étudie-t-il pas toujours suffisamment le génie à travers ses œuvres?...

l'épilepsie, sont les compagnes constantes du génie, de telle sorte que le génie semble être une névrose résultant de la fusion de ces affections « plus ou moins invétérées ou larvées » ; nous ne devons donc pas nous étonner si nous trouvons le génie *mêlé* à ces névroses chez Napoléon, chez Pierre le Grand, César, Cromwell, Mahomet . . . ⁴⁷

Le rôle des civilisations est résumé par Lombroso et Laschi de la manière suivante : « La civilisation n'est pas la cause exclusive des génies et des découvertes, mais elle en détermine l'éclosion, le développement, ou, mieux encore, elle en détermine l'acceptation. » On peut admettre que des génies aient pu surgir à toutes les époques, dans tous les pays mais de même que dans la lutte pour l'existence une quantité d'êtres ne naît que pour succomber et devenir la proie des plus forts, de même aussi un grand nombre de génies, quand ils ne surgissent pas à une époque relativement favorable, restent ignorés ou méconnus ou sont persécutés. Et s'il y a des civilisations qui favorisent le développement des génies, il y en a aussi qui lui nuisent . . .

Le public qui voit la coïncidence entre une civilisation donnée et la manifestation du génie, croit que l'une dépend de l'autre ; il confond la légère influence qui a déterminé l'éclosion du poussin avec la fécondation qui remonte, au contraire, à la race, aux météores, à la nutrition, etc . . .

Tout âge est également prématuré pour les découvertes qui n'avaient pas ou qui avaient peu de précédent et quand il est prématuré, il est incapable de s'apercevoir de sa propre inaptitude à les adopter . . . quand la puissance intellectuelle des génies surpasse celle de leur époque, elle finit par être chèrement payée . . . ⁴⁸ (ainsi le génie doit-il beaucoup moins à la société [ou à la classe] que celle-ci ne lui doit. Son mérite est plutôt de s'en dégager.

Mais existe-t-il des génies « réactionnaires » ? Lombroso répond affirmativement et cite comme exemples : Savonarole, saint Ignace, saint

47. Les génies politiques sont parmi les plus difficiles à analyser et à déterminer avec objectivité, ce sont les plus indémontrables, et par là souvent les plus fallacieux.

L'aisance relative avec laquelle ils sont suivis de la masse est une particularité bien originale des « génies » qui viennent d'être cités. Ne seraient-ils pas souvent de simples porte-drapeaux de la conviction populaire ? voire de la névrose populaire ? de sa criminalité ?

48. Le sort normal du génie est la persécution et le triomphe posthume éventuel un nombre variable de générations plus tard.

Dom'ique, Metternich, Chateaubriand, Schopenhauer, Bismark... Mais il découvre à l'analyse de chacun de ces cas particuliers une originalité évolutive qui ne manque jamais. Et, de fait, on voit peu parler de génie à propos d'hommes qui ne se signaleraient que par un conformisme intégral... Il peut être quelque nouveauté, fut-ce dans la découverte du passé... La théorie du génie-synthèse des aspirations populaires est rejetée par Lombroso, avec raison, croyons-nous, si le mot *synthèse* est employé de manière quelque peu abusive. Des chefs médiocres, tels que Washington ne font que résumer, dit-il, en une *synthèse* ou un acte énergique, ce qui était la pensée et le désir dominants. « Il faut ajouter que les peuples choisissent presque toujours des esprits médiocres, mattoïdes ou criminels, de préférence aux talents et aux génies qui ne soient pas des hommes d'action ⁴⁹ ; et ainsi ces derniers n'arrivent au pouvoir qu'en surprenant la majorité, en l'enfouissant pour ainsi dire, comme le cavalier qui dompte un cheval sauvage. »

Si « le génie est une révolution », il est avant tout une révolution mentale. (Il convient surtout de ne pas confondre révolution et sédition.) — Ce génie, Lombroso souhaite que les institutions, pédagogiques ⁵⁰ notamment, prennent un moindre soin pour l'étouffer dans l'œuf. (Mais peut-on ne confier le génie qu'au génie?)

Quoi qu'il en soit, il faut souhaiter avec l'auteur un respect des véritables valeurs ou mieux un renversement de l'échelle des valeurs. « Rappelons-nous que désormais l'unique aristocratie est celle du mérite et du talent et que si nous ne savons pas faire prévaloir au moins celui-ci, maintenant que les autres aristocraties ont perdu le prestige de leur

49. Nous insistons volontiers sur le vice effroyablement répandu qu'est l'action pour l'action. Combien de fois a-t-il fait triompher la déraison et conduit à l'abîme, mais l'*homo sapiens* préfère tout au doute et tout à l'immobilisme. C'est le grand drame de l'Occident.

Dans notre profession, combien de fois un interventionnisme intempestif est préjudiciable au malade, cependant ce que le malade, la famille, l'infirmière et le reste du public clament à grands cris, c'est qu'« il faut faire quelque chose ».

Le criminel (César ou autre) est disposé lui, à faire quelque chose.

Mais quel médecin identifierait l'action au génie ?

50. « Stériles analyses de froides règles grammaticales, qui émoussent et faussent le goût esthétique chez ceux-là même qui en sont le plus richement pourvus et précisément sous le prétexte de le mieux former. Telles sont encore les écoles supérieures de musique et de sculpture... qui sont présidées naturellement par les plus médiocres et par les ennemis naturels du génie et de l'originalité, école que l'on pourrait transformer en établissements industriels, mais qui n'ont rien de commun avec la profession artistique. »

autorité, l'édifice du gouvernement ne reposerait plus sur aucune base solide. »⁵¹

Pour Jung, c'est le renoncement à la grande œuvre, où la *libido* reflue vers l'imaginaire maternelle, qui entraîne la folie et où le héros, comme Héraklès, assassine ses propres enfants. (« Tu quitteras ton père et ta mère » dit l'inspiration.) « La *libido* qui domine la conscience du fils, dit Jung, *libido* ardente, avide de progrès, exige la séparation de la mère ; mais à elle s'oppose l'aspiration de l'enfant vers sa mère sous la forme d'une résistance psychologique qui, dans la névrose, s'exprime par toutes sortes de craintes, c'est-à-dire par l'angoisse de la vie. Moins l'homme s'adapte à la réalité... plus l'accable l'entrave, l'étrangle l'angoisse. » « Tout affaiblissement de l'adulte permet aux désirs de l'inconscient de se faire entendre... »

Il y a encore une autre source de réanimation de l'imaginaire maternelle.⁵² Nous l'avons déjà rencontrée dans la scène des Mères de *Faust* : c'est l'introversion voulue d'un esprit créateur, qui, reculant devant ses propres problèmes et rassemblant intimement ses forces, plonge, pour un instant du moins aux sources de vie afin d'arracher à la mère le surcroît de force dont il a besoin pour parfaire son œuvre. » Narcissisme momentané, à l'achèvement douloureux :

« Toi le sage savant, connaisseur de toi-même,
Tu cherchais le fardeau le plus pesant qui soit :
Tu ne trouvas que toi, pauvre Zarathoustra ! »

Dans une telle conception, le génie apparaît comme éminemment conscient. Le témoignage, la description de phénomènes non compris,

51. Les valeurs telles que l'intelligence, la beauté et la force ou le courage sont extrêmement dépréciées ou même non cotées. La ruse est déjà plus appréciée, mais ce sont surtout les phénomènes extrinsèques et chiffrables qui constituent la base de l'échelle actuelle des valeurs : la fortune apparente, le nombre... (certaines appartenances...)

Mais souhaiter qu'il soit fait au génie la place à laquelle il a droit, ce n'est pas l'espérer... Képler devra encore faire de l'astrologie pour vivre.

Dans la mesure où il apparaît comme le doute, la négation de la « vérité » établie, dans la mesure où il semble procéder d'une philosophie du Non, le génie risque d'entraîner nombre de réactions hostiles.

Il est bien difficile, d'autre part, de satisfaire un besoin s'il n'est perçu comme tel par les intéressés.

52. C'est ici seulement que l'on pourrait confondre, par une erreur d'ailleurs grossière, folie et génie, en confondant exploration voulue et régression.

peuvent comporter quelque talent, non le génie. Le génie s'est détaché de quelque chose avant de s'attacher, avant de voir. Quiconque n'a pas eu la *force* ou la *maturité* suffisante pour cela, s'engage dans la voie de la névrose qui pour collective ou répandue qu'elle soit n'en constitue pas moins l'anomalie, la signature de l'échec dans la marche vers l'humanité. Le génie passe par une certaine mort⁵³ en s'affranchissant (métamorphose, mutation) de l'inconscient collectif. Il lui faut une force singulière pour supporter cet effort puis, à un second stade, redescendre avec de la lumière dans cet inconscient.⁵⁴

Tel est encore le non-conformisme de la destinée individuelle qui veut se réaliser et que Nietzsche a si bien décrit. La rupture avec l'enfance et les risques de cette rupture, de cet isolement, si vivement éprouvés par le génie de Nietzsche, voilà la métamorphose douloureuse qui a fait reculer la plupart des hommes ou ne s'est que monstrueusement ébauchée chez ces... infirmes? Et encore n'est-ce qu'un premier obstacle.

Comme Bouddha renonce à toute la bonne vie du foyer pour parcourir le monde et vivre entièrement sa destinée, le génie renonce et ose, cet aventurier intellectuel, ce *wanderer*... (Cette *freischwebende Intelligenz*, dirait Mannheim.)

Si le monstre avale le héros, ce dernier le transforme ou le tue. Le génie est souvent tueur de dragons, de monstres, tout comme Hercule.

Hécate, par contre, représentant l'infantilisme, rend fou. C'est donc bien celui qui ne s'affranchit pas, ni génie ni héros, qui n'imité pas Apollon anéantissant Python, qui devient fou...⁵⁵ qui, tout au

53. « Une vaste culture vécue est utile, celle-là même que l'on a obtenue et assimilée en brisant en soi quelque chose, à différentes reprises. Ce n'est qu'ensuite qu'il est permis de regarder le monde avec des yeux neufs. Le jugement personnel est alors suffisamment formé. On peut aller observer directement la réalité avec la prudence impartiale de l'humanité... » avons-nous écrit ailleurs, recommandant une ascèse analogue.

(« L'esprit qui toujours nie » n'est pas pur mérite et courage en sa philosophie du Non.)

54. On peut entendre en ce sens la formule de Gerhardt Hauptmann, selon qui « être poète c'est savoir faire entendre le verbe originel derrière ses propres mots ».

55. « Le névrosé sent vivre en lui l'âme d'un enfant qui supporte mal les restrictions dont le sens lui échappe... [Les symptômes névrotiques] ne prennent naissance que lorsque le sujet ne parvient pas à voir l'autre côté de son être et l'urgence des problèmes qu'il entraîne. » dit Jung, parlant de la doctrine de Freud. Certes la tension qui règne entre les contraires est nécessaire au génie comme à la névrose mais dans le premier cas elle est instrument transitoire et domestiqué, succès et non échec, force et non impuissance. Et le génie trouve dans ses œuvres un moyen d'éviter la névrose.

moins, ne peut accéder à une vie nouvelle, meilleure utilisation de la *libido*.

« Dépouille-toi de ce que tu as et alors tu recevras. »

L'appel à la conscience repose sur « l'hypothèse que l'homme est capable d'atteindre à sa totalité, en d'autres termes qu'il est, de façon tout à fait générale capable de santé (de génie, pourrait-on dire) . . . Il est hors de doute qu'il existe des individus qui, au fond, ne sont pas pleinement adaptés à la vie et qui sombrent rapidement quand ils se heurtent pour quelque motif, à leur totalité et à ses problèmes . . . Si cet incident cependant ne se produit pas, ces sujets peuvent vivre jusqu'à un âge avancé mais seulement sous forme de fragments psychiques ou de personnalités parcellaires qui puiseront les appuis dont ils ont besoin, grâce à un parasitisme psychique ou social. De pareils sujets sont, pour le plus grand malheur surtout des êtres qu'ils croisent dans la vie, souvent des flambards qui donnent le change . . . dans de pareils cas, seul le maintien des belles apparences peut « aider » ; la vérité serait « insupportable et inutile ».

Un degré supérieur de prise de conscience ne peut être atteint que par les êtres qui, par nature, sont appelés à un degré élevé de différenciation. Les hommes sont très dissemblables à ce point de vue, comme les espèces animales, dont il est de conservatives et d'évolutives.

Le génie et le normal seraient ainsi en quelque mesure apparentés à une certaine « ligne » évolutive, en même temps que suffisamment robustes et conscients pour échapper aux psycho-névroses tant latentes (Jung insiste sur ces cas) que patentes et aux personnalités partielles, (importance donc de la fonction de synthèse), ainsi qu'aux instincts de Mort. Mais normal et génie apparaissent surtout comme une notion de degré et d'ordre statistique.

Il est des centres de convergence de l'énergie psychique que l'on cherche à développer en vue de l'obtention des spécialistes par défaut. Il y a là un risque évident pour l'équilibre psychique, risque connu par le très grand nombre mais secret de bien des succès. C'est la culture de la monomanie (« on en fait un monde ! »). Là n'est que l'homme moyen,

le technicien ou l'homme d'une chapelle, ou, comme on dit aujourd'hui : d'une « organisation ». ⁵⁶

La conscience apparaît comme la thérapeutique convenable et offre encore un abri relatif à la fois contre l'énantiodromie et contre la pétrification par laquelle on résiste de coutume à celle-ci. C'est la « fonction transcendante » qui doit bâtir un pont de l'inconscient au conscient et l'auteur pense que de rendre consciente cette fonction est le fondement d'une méthode thérapeutique. ⁵⁷

Cette méthode thérapeutique s'adresse au malade. Elle s'adresse aussi à l'homme moyen qui projette sur autrui ce que son inconscient comporte d'inquiétant. Par là, elle serait susceptible de jouer un rôle social particulièrement éminent. L'archétype (et son angoisse) peut être en effet plus ou moins conscient (science, génie théorique), refoulé (névrose), projeté (faux bruits, préjugés, névrose, expliquant l'homme ordinaire ou d'à peu près, le criminel). La projection littéraire est une forme moins systématisée ⁵⁸. C'est le génie dramatique (*Faust*).

« Ce dont il s'agit c'est d'établir et d'épanouir la totalité potentielle originelle . . . , processus d'individuation . . . » ⁵⁹ Cette façon de procéder repose naturellement sur l'hypothèse que l'homme est capable d'atteindre à sa totalité, ^{59 bis} en d'autres termes qu'il est, de façon tout à fait générale, capable de santé. » Et ce n'est pas le cas de tous.

Si, selon Jung, « l'homme hérite de tendances à penser selon certaines lignes et ces tendances héritées sont inconscientes », Kretschmer, sans trop décider si le génie est dû à l'hérédité ou aux conditions environnantes, tend à penser qu'il peut naître là où il y a croisement de races. ⁶⁰

56. On va donc du génie à l'aliéné en passant par le technicien, par des degrés de plus en bas de synthèse, de conscience, de volonté et d'attention, d'unité de la personne, d'intégrité perceptive.

57. L'inconscient échappe à la critique, à la correction, à la lumière. Il doit être regardé en face. Le γνῶθι σεαυτὸν devenant alors thérapeutique et ascèse.

58. Ainsi l'archétype du magicien sera figuré notamment par le coyotte-docteur pour le californien, par Hitler pour le vulgaire, par Faust pour un Goethe. La notion, peu systématisée chez le primitif, s'est systématisée au maximum chez le français moyen, abstraite chez le génie.

59. Condition du génie que la société rationaliste contrecarre.

59 bis. La thèse de la névrose, conséquence, tout au moins, du génie, a trouvé à s'exprimer. Nous y reviendrons plus loin.

60. Il observe que dans un certain nombre de cas, des génies naissent dans des familles comportant des psychopathes. Les croisements ne donnent-ils pas à côté de particulières réussites nombre de déchets? L'apport de facteurs multiples accroît le

C'est mettre l'accent sur les facteurs héréditaires plus encore que sur les culturels.

Pour Kretschmer, le génie est lié à une psychologie masculine. Allen lui oppose des exemples de génie masculins homosexuels tels dit-on Michel-Ange, Léonard de Vinci, Benvenuto Cellini... ou Platon. Allen en tire la conclusion que les racines du génie poussent plutôt dans la sexualité anormale que dans la masculinité. Nous préférons voir dans le génie une vitalité, une énergie débordantes, caractérisées par la polyvalence, l'universalité de l'humanisme.

Le génie doit naître, pense Kretschmer, de la rencontre de dépôts de talents antérieurs innés, par le croisement d'individus doués, de classes sociales différentes, ou par le mélange de caractères schizoïdes et cycliques prononcés dû à l'union d'un cycloïde et d'une schizoïde. (Soit, une véritable synthèse biologique et culturelle, pourrait-on dire, multipliant les états de tension, mais permettant à certains sujets de dominer l'épreuve avec l'élan de toutes ces énergies accumulées en un ensemble original). Pourquoi faut-il qu'après vous avoir procuré une recette pour la production du génie, on le considère comme la manifesta-

nombre des formules possibles. La synthèse réussie donnerait le génie, la synthèse manquée le monstre.

Ainsi un travail d'art suppose-t-il davantage de manqués, rançon de la réussite, qu'un travail grossier.

Pourtant de telles vues ne sont pas sans soulever d'objections en ce sens notamment que les régions les plus riches en aliénés ne donnent pas un grand nombre de génies.

Il convient d'ailleurs de distinguer parmi les psychopathes les névrosés des oligophrènes et d'autres catégories de malades. Le problème de leur apparentement éventuel au génie est différent suivant les cas.

Le problème des croisements de races est différent aussi suivant les cas : parfois il s'agit de races apparentées, de variétés d'une même race. Parfois, au contraire, de races si différentes que l'on pourrait presque parler de pluralité d'espèces...

Les recherches, dans ces domaines, ne semblent encore qu'ébauchées... Enfin, de toute évidence, il convient d'examiner si le génie artistique, le génie scientifique, le génie politique (plus artistique à notre époque que scientifique) ne posent pas le problème sous des jours un peu différents malgré leur parenté indiscutable.

La dissemblance des enfants d'une même famille est d'observation courante. L'utilisation des gènes et l'inventaire de ce matériel même ne sont pas identiques chez tous. Les lois de l'hérédité comportent un nombre considérable de formules possibles. Tous les ascendants ne fournissent pas également un apport également favorable... Quoi d'étonnant à ce que ces ayants-coueurs d'une humanité supérieure qui devraient être des génies si l'humanité inférieure ne s'appliquait tant à les détruire ou à les neutraliser, apparaissent sporadiquement et dans des conditions biologiques parfois malaisées à définir et surtout à généraliser, encore que les facteurs raciaux, dans leurs grandes lignes, permettent de dégager certaines indications.

Allen se demande si génie et folie, qu'il estime souvent liés, ont une cause commune ou bien si le génie n'est pas d'un voisinage dangereux par l'ambiance qu'il crée.

tion d'un trouble mental? C'est pourtant l'attitude qu'Allen prête à Kretschmer qui écrit cependant : « Par génie nous entendons le don de créer dans le domaine spirituel et intellectuel des idées et des formes d'expression qui, telles quelles, n'ont encore jamais été pensées ni éprouvées, ainsi que le don d'inaugurer des époques historiques nouvelles. » ... « Il naît très souvent à la suite d'une hybridation de familles dans lesquelles des talents ont été obtenus grâce à la sélection, par exemple à la suite de croisements entre nations et groupes ethniques que ne rapprochent pas de trop grandes ressemblances (Beethoven), ou de croisements entre des talents appartenant à des classes sociales différentes, par exemple entre un membre d'une famille de savants et un membre d'une famille noble (Bismarck) ou encore entre des tempéraments schizothymiques et des tempéraments cyclothymiques accusés (Goethe) ... Le génie survient souvent au moment où des familles hautement douées commencent à subir la dégénérescence. La proportion des nerveux, des psychopathes et des individus atteints de troubles mentaux est beaucoup plus grande parmi les hommes moyens. » ⁶¹

Allen force la note et manque de génie lorsqu'il fait un monstre du génie. Sa pensée ne peut se détacher d'Hitler et de Mussolini à l'égard desquels il nourrit des sentiments ambivalents que la psychanalyse eut soulagés. ⁶² Il n'est pas le seul auteur « scientifique » à laisser percer dans ses écrits, après tant d'années, les émotions populaires diverses collectivement ressenties, sans avoir songé à en tenter la plus grossière analyse.

Pour lui, le génie semblerait caractérisé par l'idée prévalente. Il prêche l'eugénisme tout en recommandant d'en différer les applications pratiques. Tout, chez cet auteur, décèle le manque de synthèse, le prématuré de l'œuvre. Il eut mieux valu laisser passer cette période de trouble et d'incertitude intellectuelle et ajourner la publication de notes insuffisamment personnelles et insuffisamment mûries. ⁶³

61. Il est certain que dans le règne animal les croisements entre individus à moindre consanguinité semblent régénérer biologiquement les familles sénescences. Entre races plus éloignées, on obtient soit des êtres magnifiques, soit des intermédiaires stériles ... Quoiqu'il en soit, on voit bien que le point de vue de Kretschmer est le désir d'une application appropriée des diverses lois de la sélection et de la régénérescence des familles sénescences lorsque la différenciation comporte trop d'aspects négatifs.

62. Allen ne nous communique pas ses observations psychiatriques concernant Hitler et Mussolini.

63. C'est avec raison que cet auteur dénonce comme maléfique « la démangeaison de faire quelque chose ».

Si le génie est pour Allen synonyme de trouble mental, il n'en affirme pas moins, après saint Thomas et après Shakespeare, que la maladie mentale est liée à un physique faible, que les maigres deviennent plus facilement la proie de l'aliénation mentale. Malheureusement, l'auteur omet de nous fournir des statistiques ou des exemples tendant à démontrer la maigreur et la faiblesse physique de la presque totalité des personnages de génie. Peut-être Hitler et Mussolini l'ont-ils, une fois de plus, rendu perplexe...

D. Essai d'une prise de position.

Une revue, évidemment incomplète, mais, croyons-nous, assez caractéristique, des diverses opinions autorisées, nous montre une forte prédominance de l'attitude indulgente et confiante à l'égard du génie.

L'attitude vulgaire de défiance, d'envie, de dénigrement, qui tend à humilier le génie, trouve chez Allen son porte-parole le plus audacieux. Le confrère britannique ne va-t-il pas jusqu'à offrir au génie une surveillance policière de tous les instants? Heureusement, la majorité des hommes de réflexion adopte une attitude différente et les arguments penchent en faveur du génie. Certains doutes sont émis plutôt par les auteurs qui n'ont pas étudié la question directement pour elle-même et n'ont pas cru devoir réfléchir aux contradictions de leurs boutades. Ils ne se sont pas laissés entraîner totalement par le point de vue populaire explicable par l'envie, les jugements terre à terre ou encore par des intérêts plus personnels : tel défenseur de la pathologie du génie était fils d'aliénés et recherchait peut-être une voie d'accès à quelque consolation. Certes, le génie est homme plus que citoyen et par là, pour le groupe, coupable ou fou. La société sauvegarde sa bassesse, sa sclérose et ses principes d'organisation en le rejetant d'une manière ou d'une autre selon l'utilité qu'elle escompte ou non tirer encore de sa présence, ou selon la crainte qu'elle en a.

Génie qui sert la névrose populaire? génie qui s'en dégage? Le nombre ne se renie pas, surtout après un long exercice du suffrage universel et l'extension des systèmes d'idées qui s'y rapportent. L'esprit populaire français se refuse à admettre la normalité du génie (qui est le petit nombre) dans la mesure où il est sollicité par cette idéologie fonda-

mentale, de même que l'esprit soviétique minimise la part de l'hérédité et considère avant tout l'action du milieu social. Tout ce qui peut conduire à une conception aristocratique de la valeur humaine est envisagé avec suspicion ⁶⁴ dans de telles collectivités. ^{64 bis}

Parfois enfin, l'« inexplicable » du génie demeure expliqué par la possession non plus de la muse ni du double (inconscient) mais du démon au sens étymologique du terme.

Pourtant, certains faits ne paraissent-ils pas étayer semblable conception? Le génie serait bien excusable de sombrer dans l'aliénation mentale en raison des difficultés qui lui sont propres. N'est-il pas plus que tout autre victime de l'injustice, de l'incompréhension ambiantes, déjà séparé de la société par une sorte de mutation et vivant en quelque sorte dans un autre monde, obéissant à une autre hiérarchie des valeurs, plus sensible aussi et plus clairvoyant et par là plus fragile, en un certain sens, parce que plus différencié?

On a pu avancer que, d'une manière tout à fait générale, le génie constituait une névrose ou tout au moins la catharsis destinée à en protéger. La nécessité de la production géniale serait, si l'on veut bien y regarder de près, le seul symptôme constant de cette « névrose », son symptôme fondamental, mais il apparaît aussitôt que cette production n'a rien de constamment nécessaire, fatal et contraint. ⁶⁵ Le génie peut renoncer momentanément à se manifester sans se trouver condamné pour autant à une crise d'hystérie. ⁶⁶ Il semble pouvoir juger de haut ses productions, y renoncer (et demeurer inconnu) ou les faire connaître pour des motifs raisonnés (génie-métier, génie-distraction, etc.). Voyant

64. Son caractère trop « individualiste » est présenté comme un motif essentiel de la condamnation de la psychoanalyse, comme méthode de traitement, en Union soviétique. Son principe de libération des contraintes sociales indique aussi trop de défiance à l'égard des influences sociales.

64 bis. On y fait mine parfois d'oublier que l'on rationalise les données d'un pis-aller quelquefois proclamé provisoire. Ce n'est pas sous-estimer ces régimes que de les croire perfectibles ni sous-estimer les intérêts des masses que de rechercher la vérité, la justice et la première condition de leur progrès.

65. Que dire de Buffon?

66. Si l'on compare génie, rêve, névrose, on voit que le génie, quand il explore l'inconscient, le ramène à la conscience, sauf peut-être dans le cas de quelques rares poèmes. Mais ceux qui demeurent inconscients dans leur totalité sont incompréhensibles et ne marquent guère les grands génies.

Les expériences de Pavlov le conduisent à définir la névrose comme une impossibilité de discrimination aboutissant à un conflit entre les processus inhibiteurs et les processus d'exécution, oserait-on considérer le génie comme un échec aussi lamentable?

de plus haut et plus clairement ce qu'est la vie, il n'est pas tenu toutefois à la mépriser au point de se suicider, il peut accepter la vie et la forger en y marquant l'empreinte de sa connaissance et de ses dons.

La statistique eut pu être de nature, non pas à fournir une solution du problème, mais tout au moins une vue de ses données. Que nous apprendrait-elle sur Pythagore, Archimède ou Socrate?

LeBon trouve plus d'hommes supérieurs chez les Chinois et les Hindous que chez nous. Nous sommes prêts à admettre le bien-fondé de cette assertion, encore ne s'agit-il là que d'une affirmation plus que d'une démonstration. Que savons-nous des génies et surtout des maladies mentales dans ces populations, du point de vue numérique?

Laignel insiste sur l'ampleur des sociopathies chez les Russes. Rencontre-t-on parmi eux de nombreux génies? Nous manquons d'une mesure-étalon pour apprécier.

Encore faudrait-il tenir compte des difficultés particulières à telle nation ou telle époque pour l'éclosion du génie. Et si nous supposons toutes ces embûches vaincues, nous n'en sommes pas davantage en droit de transposer la concomitance en identité.

Car la même épreuve qui met en relief le sujet doué, met en évidence l'incapable mais n'identifie pas dons et incapacités.

La statistique est d'ailleurs rendue d'autant plus délicate que le nombre des génies est plus restreint. Elle ne s'applique qu'aux grands nombres. Elle n'est valable que pour les maladies mentales... Il est d'ailleurs surprenant que parmi les millions de malades mentaux qui règnent à la surface de notre malheureux globe, le diagnostic de génie ne soit pas plus fréquemment posé! Si l'on en fait une psychopathie, il faut avouer que cette forme est rare.

Quant aux contradictions des auteurs qui n'ont pas réagi contre l'in vraisemblance d'une telle assimilation, nous ne pouvons les citer toutes. Lombroso, par exemple, part de ce postulat que le génie est novateur et que le novateur est neurotique mais il ne trouve guère la névrose que chez les peuples qu'il reconnaît séditieux mais sans génie.⁶⁷

67. Il distingue la révolution (qui peut être purement intellectuelle) profonde et durable, qu'il apparente au génie et rencontre chez les Germains, de la sédition, capricieuse, instable, allant de pair avec un conservatisme profond et qu'il observe notamment chez les Latins. Il reconnaît la difficulté parfois de les distinguer l'une de l'autre, à chaud, de distinguer ce qui est progrès de ce qui est décadence ou régression ou mode superficielle.

L'étude de la pathologie familiale de l'homme de génie ne nous apporte que des indications le plus souvent fragmentaires et de seconde main, pour ne pas dire plus. Elle est plus conjecturale encore que ses antécédents pathologiques personnels lorsque le diagnostic en est rétrospectif. Les témoignages recueillis sont souvent imprécis, exprimés en termes de signification vague. Ce tableau clinique familial ne peut être esquissé que pour une faible partie d'entre eux et nous avons déjà formulé à ce sujet les réserves qui nous paraissaient convenables.

Nous ne songeons pas à nier pour autant que de grands hommes aient présenté des tares psychiques à tel ou tel moment de leur existence. Qu'on veuille bien cependant nous dispenser de nous précipiter dans des généralisations hâtives ou des conclusions puériles. Qu'un homme célèbre, qu'un homme de talent même, qu'un génie le cas échéant, ait été malade, nous n'en écartons certes pas la possibilité. Encore faut-il distinguer s'il a été génie malgré sa maladie, à cause d'elle (par surcompensation⁶⁸ par exemple), avant ou après elle... On peut se représenter un athlète ayant à tel stade de son développement présenté une certaine infériorité d'ordre musculaire, on peut se le représenter victime d'un accident (et dire avec nos gens que sans fracture, il n'y aurait pas développement puissant de la musculature et que celle-ci est une forme de fracture !), on peut encore se le figurer achevant sa vie dans un état cachectique...

Encore faut-il aussi ébaucher quelque classification des « génies ». Nous pouvons, et telle est semble-t-il la pensée d'Érasme, distinguer génie de pensée et génie d'action.⁶⁹ Le grand homme d'action, s'il n'est un véritable génie, présente volontiers des tares mentales : convoitise, passions diverses, aveuglement, démesure, fanatisme... Parmi eux se trouvent la plupart des faux génies et génies de situation, seulement tels en apparence aux yeux du naïf. Parfois cependant, ce peuvent être des génies au moins partiels c'est-à-dire avoir du talent tout au moins.

68. La surcompensation n'est pas triomphe mais échec du morbide.

69. « Si la prudence consiste dans l'usage des choses, lequel mérite mieux d'être honoré du surnom de Prudent, ou le sage qui moitié modeste moitié timide, n'entreprend rien, on bien le fou que ni la pudeur (car il n'en a point) ni le péril (car il n'a pas l'esprit de le connaître) ne détournent jamais d'aucun dessin ?

« ... combien il est utile pour faire fortune de ne rougir jamais ou de hasarder tout. » (*L'Éloge de la folie.*)

C'est dans leurs rangs que nous trouvons surtout les « génies » politiques⁷⁰ et militaires.

On distingue aussi les génies littéraires et artistiques des génies scientifiques et philosophiques.

On peut distinguer des génies visuels, auditifs (sensoriels) et des génies de raison, cherchant tous cependant, par-delà le rationnel et l'irrationnel, *le vrai*, faisant tous preuves ainsi d'adaptation.

Ceux-ci pourront heurter la société par leurs manières de penser, ceux-là par leurs façons de sentir.

Le génie militaire nous retiendra peu. Nous en avons parlé déjà. Rappelons seulement qu'il est apparenté au génie politique et que l'un et l'autre de ces deux arts sont en passe de devenir un jour des sciences. La lutte s'ouvrira alors entre scientifiques et empiristes. Le génie politico-militaire n'est pas toujours d'un diagnostic aisé. Pour un Marcel Brion, il comporte : grandes vues, réussite, corrélation avec l'idéologie moderne, comme si cette dernière avait été prévue et partagée. Nous sommes d'accord en ce qui concerne les grandes vues et reconnaissons que la réussite est un facteur à peu près indispensable à la révélation du génie. Quant au troisième point, nous ne pouvons partager l'enthousiasme d'un esprit d'ailleurs distingué et qui ne peut pas ne pas en avoir envisagé les risques.

Quoi qu'il en soit, nous savons, quant à nous, relativement peu de chose sur la pathologie psycho-somatique d'Alexandre, d'Alaric ou d'Attila. De nos jours les grandes tâches militaires comportent des facteurs d'un caractère collectif accru. Là où la responsabilité personnelle se dégage assez nettement, l'on ne remarque pas que les décisions heureuses soient plus spécialement le fait d'individus à tares psychiques et physiques particulièrement évidentes.

On sait davantage, et pour cause⁷¹, sur la pathologie du grand homme politique ! Redirons-nous que le désaccord est ici porté au maximum entre le savant et l'homme de la rue, du point de vue du

70. Combien de fois s'agit-il uniquement d'un certain degré de ruse allié à l'absence de sens moral ou au fanatisme niais...

71. L'action militaire comporte une vie souvent plus saine, des objectifs plus précis et limités. Elle ne nécessite pas toujours du génie mais supporte moins bien le mépris des réalités et le délire que l'action politique. L'erreur, chez le militaire, reçoit un salaire plus immédiat.

diagnostic. Certains intérêts peuvent avoir un besoin immédiat d'un nom à jeter au public. Une place de grand homme, ou bien une place de bouc émissaire, est déclarée vacante : n'importe quelle candidature avancée peut à ces heures-là être agréée. S'agit-il toujours d'un génie authentique? Nous n'oserions l'affirmer. D'où la distinction entre l'homme célèbre, le grand homme, le génie. D'où encore la nécessité, de ne recevoir sans examen aucun des « génies politiques » proposés, d'analyser si leur succès momentané n'a pas expliqué l'échec injustifié de leurs successeurs, etc., de faire œuvre en un mot d'historien et de philosophe.

Le génie de situation, le faux génie politique, doivent être expliqués en fonction des facteurs sociaux qui sont ici particulièrement apparents. La popularité peut être en fonction inverse du degré de génie lorsque l'accord se fait comme il est de règle, sur les notions les plus sommaires et simplistes.

L'histoire et la littérature fournissent une abondante documentation à qui veut étudier les milieux politiques et leurs grands hommes. *Les dieux ont soif*, d'Anatole France peuvent, entre mille, servir d'introduction à une telle prospection.

Les empereurs romains ont compté parmi les plus populaires des « grands hommes », on en fit non seulement des génies mais des dieux. Ils présidèrent à tous les raffinements que Rome sut cultiver dans l'art culinaire, dans celui du confort, dans celui de la torture et de la mise à mort, dans celui de tous les vices démontrant la loi du triomphe du pire. Aujourd'hui encore, nous parlons avec respect des empereurs romains. Lisons tel manuel à l'usage de l'enseignement secondaire : « César était un homme de génie... Sa volonté de réussir à tout prix le rendait inaccessible à la pitié : Il détruisait les moissons, enlevait les troupeaux, brûlait les villes, faisait passer au fil de l'épée des populations entières sans excepter les femmes et les enfants ; il faisait massacrer des prisonniers ou les mutilait. » Si l'on accepte une telle conception du génie, on peut évidemment admettre la notion du génie psychopathe et fournir nombre d'exemples pour l'illustrer : Caligula, Néron ⁷²...

72. Rome demeurerait fidèle à ses origines, un repaire de brigands.

L'égalité des hommes et des peuples devant l'esclavage et la mort était d'un grand enseignement.

On peut encore, dans cette perspective, accepter les déclarations de Lombroso et Laschi :

« La folie et la folie morale ou la criminalité et l'épilepsie, celle-ci surtout, sont les compagnes constantes du génie... Nous ne devons pas nous étonner si nous trouvons le génie mêlé à ces névroses chez Napoléon, Pierre le Grand, César, Cromwell, Mahomet ; et Ramos Meija établit l'existence de la névrose et de la folie chez presque tous les chefs révolutionnaires de l'Amérique du sud. » ⁷³

Mahomet est-il épileptique, Cromwell halluciné ? nous n'en discuterons pas. La conviction inébranlable, fanatique du fou, impressionne toujours les masses.

Que dire d'un Carrier, d'un Robespierre que l'on cite quelquefois comme des génies ? Le premier disait, et sa phrase célèbre a été reprise à l'époque contemporaine : « Nous ferons un cimetière de la France plutôt que de ne pas la régénérer à notre manière. » Carrier était souvent la proie d'hallucinations. Robespierre est de l'aveu même de Lombroso et Laschi le type du grand homme créé par les circonstances (par élimination, dirions-nous, si ce terme ne pouvait être interprété comme une sinistre plaisanterie). Ces auteurs citent Taine : « Chez Robespierre il y a un esprit vide et gonflé, qui, parce qu'il est plein de parole, se croit plein d'idées ; il jouit de ses propres phrases et il se trompe lui-même pour dominer les autres. » Ils ajoutent que sous les circonstances, il n'eut jamais été qu'un avocat médiocre. Sa vanité, son absence de sens moral, son obstination et ses tares intellectuelles, son homosexualité n'ont pas, de l'aveu de Lombroso et Laschi, fait de lui un authentique génie ! ⁷⁴

73. Nous ne cachons pas, quant à nous, notre répugnance à appeler génie tout oppresseur ou tout révolté notoire.

« L'unique marque des hommes de génie, a écrit Richet, est l'originalité, ils créent mieux, plus, et surtout autrement que le commun des hommes. »

L'oppression et la révolte ne sont pas toujours marquées de cette originalité de génie ! « Ce qui distingue les grands génies c'est la généralisation et la création. » écrit Flaubert, apportant lui aussi une autre définition comme de Lombroso et Laschi, qui la citent.

74. Tout est trait de génie, cependant, chez l'homme populaire. Nous lisons quelque part l'anecdote suivante : « Esprit bien français, lors d'un voyage aux Indes, Clemenceau est reçu par un sultan très fier de la progéniture de 102 enfants.

« Et vous, M. le Président, combien avez-vous d'enfants ? » demande le prince. — 103, répond Clemenceau. La réplique jeta un froid et le séjour oriental fut écourté. » Ce trait est présenté comme admirable. Même si le chiffre de 103 correspondait à la réalité, n'eut-il pas été plus diplomatique et plus spirituel de dire 101 ?

L'auto-mutilation de Gambetta ne saurait davantage embarrasser, pas plus que la paralysie générale d'un Wilson ou les ictus d'un Lénine, d'un Staline, d'un W. Churchill ou d'un Thorez . . .

Metternich, Bismarck . . . semblent bien avoir été d'authentiques génies politiques.

Quoiqu'il en soit, le génie véritable, en politique, est plus encore qu'ailleurs peut-être l'exception. Lombroso et Laschi l'écrivent : « Entre le mattoïde et le génie, le vulgaire n'hésite jamais à sacrifier ce dernier. Encore ne s'agit-il que du mattoïde, avec son art d'entrevoir quelque rayon du vrai, sans cependant le suivre d'assez près pour s'éloigner de la foule, qui s'écarte de ceux qui ne partagent pas sa vulgarité. » ⁷⁵

La démonstration de la constance d'un syndrome mental chez le savant et dans sa famille serait autrement convaincante. Cette démonstration n'est pas faite accomplie. Il reste à démontrer ce qu'il y avait de morbide, d'inadéquat à la réalité dans ce qui a fait le mérite d'Archimède, de Koch, de Pasteur, de Pavlov . . . W. Stekel nous explique l'orientation du talent ou du génie, il ne prétend pas établir le caractère pathologique de leur nature.

Que Pythagore se soit laissé entraîner hors des données de la raison par des conceptions mystiques, prouve que cet explorateur pouvait s'égarer hors des chemins qu'il avait tracés, que l'étendue de la connaissance et la puissance du génie ne dispensent pas de la prudence dans les questions conjecturales.

Mais qui affirme que la croyance en la métempsychose soit symptôme pathognomonique d'aliénation mentale ? Ne croyons pas que si le génie est accusé de folie, ce soit pour ses faiblesses, certes non, mais bien pour ses merveilles.

Un génie pur, infaillible universellement, est une construction de l'esprit. Le génie peut toujours être entaché de quelque degré d'erreur, plus ou moins négligeable. Celle-ci n'est pas le génie, faut-il y insister ?

⁷⁵. Il faut lire les pages consacrées au mattoïde, au sens moral non aboli, non délirant, aux phrases stéréotypées, répétées sans lassitude des milliers de fois, avec des détails inutiles, de paroles soulignées, un étrange abus de chiffres, ce que l'on remarque aussi chez les paralytiques, avec d'étranges absurdités . . . « mais cela précisément qui excite le dégoût chez les hommes instruits, à la vertu d'attirer et de secouer le peuple et les hommes vulgaires qui ont horreur des génies ». (LOMBROSO ET LASCHI.)

Voir en lui un illuminé, un fakir, une sorte de « guérisseur », de voyant, de radiesthésiste, c'est par trop l'injurier et humilier le travail, la raison, la pensée. Le génie n'est pas un déchet humain.

Sans doute demeure-t-on à l'affut des défaillances de l'intellectuel de quelque notoriété. Le suicide de de Clérambault, interprété parfois avec quelque malignité, a été présenté par des psychiatres comme le type même de suicide logique, comparable en quelque sorte à celui qui, selon certaines versions, nous est rapporté d'Aristote.⁷⁶

Le cas des philosophes est le plus voisin de celui des savants. Certes, on peut ici encore, s'appuyant sur Spahn ou Bergson, opposer l'instinct, social à l'intelligence, antisociale.⁷⁷ Voyons plutôt si nous n'observons pas chez eux quelque autre symptôme plus pathognomonique !

Parmi les sept sages, Épiménide apparaît un peu comme une sorte de fakir, soucieux de conquérir les suffrages de ses contemporains. Il eut sa récompense. Mais qu'observe-t-on d'anormal chez le grand Thalès ? Si vie studieuse et retirée ? L'accident survenu au cours de ses travaux scientifiques et qui inspira au Bonhomme champenois, oublieux de ses propres bévues et maladresse, une médiocre fable ?⁷⁸

De Socrate, on nous dit qu'il collabora avec Euripide, qu'il sculpta les grâces vêtues de l'Acropole, qu'il était orateur, physicien, sportif vigoureux et courageux soldat, qu'il était mari et père... Pour lui, un seul bien : la connaissance, un seul mal : l'ignorance. Son esprit critique est sans cesse en éveil. Son caractère est indomptable. « Quel terrible homme ! Même mourant de faim il n'a jamais pu flatter, » dit de lui Ameipsias. Il ne boit jamais de vin. Il se comporte en original. Ses concitoyens le mettent à mort, puis sans perdre de temps, lui élèvent

76. Suicides dus aux circonstances, soigneusement pesées, des anciens romains, par ordre impérial, ou du maréchal Hermann Göring.

77. D'attitudes philosophiques apparemment très variées on croit parfois pouvoir conclure à la folie de l'activité philosophique de même que l'on condamne la médecine pour les attitudes de certains médecins. On peut aussi condamner la pensée pour avoir rencontré des fous. Le consensus universel n'est pas le critère de la vérité.

78. « Pauvre bête... »

Tandis qu'à peine à tes pieds tu peux voir,
Penses-tu lire au-dessus de ta tête ? »

L'injure est commune, pauvre bête le chercheur ou le sage, pauvre bête aussi dirait Paul Sucher, le *deutscher Jungling* dont les grands yeux bleus reflètent le ciel mais les pieds trébuchent sur la terre inhospitalière.

On peut voler haut dans le ciel et être maladroit, comme l'oiseau de mer, dans la fange.

une statue de bronze. Il nous apparaît plus comme un être jouissant d'une grande santé physique et morale que comme chargé de tares neuro-psychiques.

Platon est un poète et auteur dramatique autant que philosophe et homme politique. Il offre une synthèse originale de la pensée de son temps. Qu'il ne soit pas toujours demeuré identique à lui-même au cours de sa longue carrière (il mourut à plus de 80 ans), il n'y a rien là de très surprenant. Travailleur infatigable, grand voyageur, cet homme trapu aurait péché par des excès de mysticisme. Il semble qu'il se soit livré d'autre part à des pratiques homosexuelles. Les deux reproches concernent l'époque et le lieu plus que Platon⁷⁹. N'oublions pas d'ailleurs que nous parlons d'hommes de génie mais non du « génie » intégral.

Aristote était un peu bègue, maigre de jambes, nous enseigne Diogène Laërce. Timon l'accusait de légèreté et de sottise et certaines aventures le font ressortir comme quelque peu imprudent en effet. Il se serait donné la mort pour échapper à la fin infâmante qu'on cherchait à lui ménager.⁸⁰

Voilà des indications qui font bien apparaître çà et là quelque faiblesse humaine telle l'orgueil (encore qu'il constitue bien plutôt un instinct fondamental) mais avant tout l'extraordinaire santé, physique et psychique, du génie. Ce qui frappe chez le philosophe de génie (et chez bien d'autres génies), malgré les fatigues, les travaux et les dangers d'existences le plus souvent mouvementées, c'est une extraordinaire vigueur du corps et de l'esprit.

C'est Socrate, savant et artiste mais vigoureux sportif et imperturbable soldat. C'est Pyrrhon traversant l'Alphée à la nage pour échapper à des importuns... Ce que l'on constate le plus généralement c'est l'ampleur, l'originalité, la polyvalence du génie, sa précocité, l'adresse, la vigueur physique, alliant volonté et dynamisme, qui permet les fatigues des voyages et rend possible une longue vieillesse malgré la multi-

79. Le lien entre le comportement de Platon et l'orientation de ce qui lui est le plus personnel dans sa doctrine est intéressant à établir. Ce développement, toutefois, ne semble pas indispensable dans le cadre du présent travail. Peut-être aurons-nous l'occasion d'y revenir ailleurs.

80. Pythagore, vieillard, aurait été massacré, lui, par des envieux.

plicité des épreuves que l'existence ne leur a pas épargnées. Platon meurt à plus de 70 ans, Socrate, Pythagore⁸¹ n'ont pas la faculté d'établir avec tout le loisir nécessaire des records de longévité cependant prévisibles.

Descartes parcourt, sous les armes ou sans elles, toutes les nations germaniques. Ce philosophe-soldat, juriste et mathématicien, est lui aussi un exemple de santé en même temps qu'un explorateur, un aventurier de la connaissance. Voltaire atteint 84 ans, Montesquieu bénéficie lui aussi du don de longévité, Kant⁸² atteint 80 ans, Schelling 79, Malebranche, difforme et faible de constitution, dit-on, ne vit que 77 ans. Encore attribue-t-on sa mort à une discussion trop vive avec Berkeley⁸³... (Celui-ci ne devait mourir qu'à 68 ans.)

Intermédiaires aux penseurs scientifiques et philosophiques d'une part et aux artistes d'autre part, nous rencontrons les littérateurs, dont il a déjà été question dans notre exposé. L'expression de la vérité porte ici, comme toujours, la marque de la polyactivité de l'auteur, elle-même conditionnée plus ou moins par le milieu. Le caractère pathologique du génie ne paraît toutefois pas davantage fondé. Sans doute, il ne serait pas convenable que le fait d'avoir écrit un volume quelconque mette totalement à l'abri de toute affection somatopsychique.

Parfois l'accusation porte sur le caractère. Le beau Racine⁸⁴ a certainement teinté ses œuvres à l'aide de ce dernier. Le timide Corneille est différent et génie lui aussi, ce n'est pas ce qu'il y a de particulier à l'un d'eux qui constitue le génie (ou la tare) c'est toute expression nouvelle et originale qu'il faut donc condamner ?⁸⁵ Parfois la maladie joue un rôle évident pour caractériser l'œuvre. Le pessimisme de Leopardi n'est-il pas expliqué lorsque l'autopsie de ce poète de 39 ans révèle une

81. Historien, physicien, mathématicien, médecin, philosophe...

Nous verrons plus loin que les autres sortes de génies ont présenté la même polyvalence, la même santé physique dont la longévité est un indice des plus contrôlables et d'une réelle valeur du point de vue statistique.

82. Lui n'est guère voyageur.

83. Ce n'est pas l'opinion de Fraser.

84. Il serait long de dire comment ce caractère lui-même fut conditionné. Quant à la psychanalyse de l'œuvre qui peut tenter peut-être Jean Giraudoux, c'est une méthode que Freud lui-même a réprouvée. Plusieurs s'y aventurent toutefois après le précédent tout particulier de Jung.

85. Et la chose est de règle.

péricardite? ⁸⁶ (D'autres y verront le mal du siècle : Leopardi mourut en 1837.) Le pessimisme trouve une explication, mais le génie trouve la même autre part.

On sent bien à quel point la surdité survenue chez Ronsard et celle de J. du Bellay pourrait étayer un système interprétatif. L'isolement conduirait à la littérature, la poésie qui s'apparente à la musique serait imposée par un mécanisme de surcompensation, de rançon du déficit sensoriel. Il ne resterait plus qu'à affirmer que le don poétique est engendré dans tous les cas par la surdité et à déduire que tous les poètes sont sourds. ⁸⁷

Horace est pyknique, il présente des troubles digestifs, des troubles oculaires. Tentera-t-on même construction et même généralisation? ou bien cherchera-t-on l'explication du génie dans l'action de la toxine tuberculique? Sénèque, Spinoza, Höltz, serviront à la démonstration et, si l'on veut, van der Meersch ⁸⁸...

Nous voici peut-être mieux préparés à constater sans trouble les rares cas de désordres mentaux relevés chez des littérateurs parfois célèbres, parfois, comme Nietzsche, d'incontestables génies. On est frappé de leur rareté lorsque l'on veut bien se représenter la vive sensibilité de ces hommes et les incompréhensions et persécutions qui sont presque la règle vis-à-vis d'eux.

Hölderlin finit comme Nietzsche mais meurt à Bau. Comte se désavoue et passe du positivisme au lyrisme, car la valeur intellectuelle comme la valeur biologique suivent une courbe à travers l'existence. Ce ne sont pas des constantes, et la fragilité des choses humaines ne respecte aucune valeur. Le vieillard agonisant que vous voyez sur ce grabat n'est plus le fier et robuste jeune homme que vous avez connu jadis. Pensez-vous qu'il ait conservé ses conceptions, ses goûts d'alors. Il a

86. Nous pensons aux malades anxieux, atteints d'affections cardiaques (infarctus ou autres) et à l'électro-choc si largement pratiqué sans études suffisante préalable du patient, qu'avec Baruk, nous réprouvons.

(On a vu pratiquer dans un Service hospitalier spécialisé des séries d'électro-chocs chez une malade, pour céphalées dues en réalité à une sinusite frontale diagnostiquée après sortie de l'hôpital !)

87. La cause première est souvent confondue avec l'effet, elle l'est aussi fréquemment avec toute cause occasionnelle.

88. Encore que dans les écrits de cet homme, se retrouve bien la psychologie de certains tuberculeux : égoïsme aigri et amoral, besoin de développer son moi en toute hâte pour s'assurer quelque possibilité de vie et de survie, etc.

simplement forcé la caricature de certains d'entre eux. Ce vieillard explique peu le jeune homme qu'il a été, pour qui ne l'a connu à cette époque.

Encore pourrait-on dire que l'accentuation de certaines tendances conduira le génie à la démence? Il n'en est rien. Son extraordinaire vigueur intellectuelle exclue très généralement ces déchéances même tardives si fréquentes au contraire chez le vulgaire. L'anecdote de Sophocle prouvant⁸⁹ l'intégrité de ses fonctions mentales, malgré son grand âge, par la récitation ou la lecture d'une de ses œuvres pourrait constituer un symbole assez valable malgré l'authenticité douteuse du fait.

(Un tout autre symbole, très expressif d'ailleurs, nous est procuré par le récit selon lequel Homère aurait été condamné à une amende de cinquante drachmes pour folie.)

La paralysie générale peut atteindre le littérateur de talent et il est inutile d'accompagner de longs commentaires une telle proposition⁹⁰. On cite comme exemples : Lenau, Guy de Maupassant...

Maupassant fut interné à la suite de sa tentative de suicide de Cannes (période de début, dépressive, de la paralysie générale).

D'autres auteurs ont tenté de se suicider ou craint de le tenter (obsession phobique, platonique comme chez G. Sand ou Tolstoï).

Le suicide manqué de Chateaubriand (cf. *Mémoires d'Outre-tombe*) est un suicide d'enfant incompris, isolé, triste et désœuvré. Il n'est pas sûr que le terme de « dysgénérique » s'applique ici et que l'on puisse parler d'« atrophie de l'instinct de conservation ». Cette expression semble révéler une insuffisante compréhension de la psychologie de bien des jeunes, moins économes de leur vie que les vieillards.⁹¹

89. Ceci ne prouve en réalité absolument rien, si ce n'est aux yeux d'un jury populaire.

90. Il en va naturellement de même pour le tabès par exemple d'Henri Heine.

91. Vigny a expliqué magistralement ce que pourrait être un suicide d'homme de génie : « Vous ne cessez de vanter l'intelligence et vous tuez les plus intelligents. » Au-dessus de l'homme de lettres, il y a le grand écrivain : « Son génie c'est l'attention portée au degré le plus élevé, c'est le bon sens à sa plus magnifique expression. »

Il place au-dessus encore le poète : « L'imagination le possède par-dessus tout. Puissamment construite, son âme retient et juge toute chose avec une large mémoire et un sens droit et pénétrant ; mais l'imagination emporte ses facultés vers le ciel... Dès lors, plus de rapports avec les hommes qui ne soient altérés et rompus sur quelques points. La sensibilité... ce qui ne fait qu'effleurer les autres la blesse jusqu'au sang...

Celui de Gérard de Nerval semble représenter l'une des formes de suicide de l'épileptique (ni par impulsion inconsciente ni en état de confusion, d'ailleurs, de toute évidence).

Certains travaux littéraires ont un caractère nettement morbide et révèlent beaucoup de choses touchant les dégénérés (Dostoïevsky ⁹², de Sade...). Documents également les auto-observations d'hallucinations comme celles de l'éthylisme Edgar Poë ou de Gérard de Nerval ⁹³ ou celle si importante de Standenmaier.

L'hallucination ⁹⁴ est utilisée comme matière première de l'œuvre d'art, chez l'extraordinaire poète qu'est le génial et durement éprouvé conteur Hoffmann. Mais il cherchait ailleurs qu'en lui-même des observations. Ce sont elles, plus que l'alcool, qui lui permirent de faire son miel.

Notons la rareté de l'écrivain malade mental, c'est-à-dire mentalement plus malade que la moyenne du public. Notons que dans les cas les plus défavorables même, la rédaction eut lieu toujours au cours des phases de rémission, de guérison, qu'il est impossible de démontrer que le génie se manifeste grâce à la tare plutôt que malgré elle (un aviateur

Ses sympathies sont trop vraies... » Brûlé par tous ses contacts, le poète peut se tuer comme le scorpion torturé se suicide.

Pour le poète, pour le grand homme, A. de Vigny demande du pain et du temps. Mais qu'offre John Bell? qu'offre Bale? Ceux-ci qui, aujourd'hui encore, gouvernent le monde? Que peuvent-ils offrir?

A. Chénier écrit :

« Las du mépris des sots qui suit la pauvreté,

Je regarde la tombe, asile souhaité. »

et les sots le prirent au mot. C'était tout ce qu'ils pouvaient faire en pays où l'on craint particulièrement l'épanouissement de la personnalité lorsqu'elle risque de s'avérer supérieure.

— L'homme de génie est dans la société celui qui a le moins de droits. Qu'il n'oublie pas, au surplus, que l'homme semble mettre souvent à plus haut prix le meurtre de l'homme, ou du surhomme, que sa propre conservation.

92. C. Lombroso et R. Laschi écrivent : « Si, comme il semble certain Dostoïevsky s'est dépeint lui-même dans *l'Idiot*, nous avons une autre variété d'aliénés qui, pendant toute leur vie, portent l'empreinte de la psychologie spéciale à l'épileptique : impulsivité, double personnalité, enfantillage et, en même temps, pénétration prophétique... (Nous avons rapporté plus haut cet intéressant passage, dans le chapitre consacré au point de vue de Lombroso.)

93. Le romantisme semblerait-il pouvoir mieux conduire au suicide que le classicisme? En réalité le suicide est aussi rare chez les uns que chez les autres et le suicide de de Nerval s'explique sans cette hypothèse.

94. On connaît les études sur les troubles sensoriels dans le mécanisme des hallucinations. (Rouschevski, Kuravitski [diminution de l'acuité visuelle et de la sensibilité tactile de la face].)

peut être précis dans sa manœuvre malgré l'alcool plutôt que grâce à lui), qu'enfin auteur n'est pas fatalement synonyme de génie.

Les particularités des tendances sexuelles des écrivains et des artistes sont assez fréquemment relevées.

C'est le fétichisme de la fourrure chez Masoch, du pied chez Restif de la Bretonne, G. d'Annunzio, du strabisme chez Descartes, c'est celui de Baudelaire à propos duquel von Krafft-Ebing cite Lombroso : « Chez l'écrivain français Charles Baudelaire, qui mourut atteint d'aliénation mentale, se trouvent aussi des éléments de masochisme (et de sadisme). Il sortait d'une famille de fous et d'exaltés et il était psychiquement anormal depuis sa jeunesse. Sa vie sexuelle était nettement morbide. Il avait des relations amoureuses avec des personnes laides et antipathiques, des négresses, des naines, des géantes. Envers une très belle femme, il exprimait le désir de la voir pendue par les mains et de pouvoir lui baiser les pieds. Dans un de ses poèmes brûlant de fièvre, cette exaltation pour le pied nu apparaît comme un équivalent de la jouissance sexuelle. Il déclarait que les femmes étaient des animaux qu'il fallait enfermer, battre et bien nourrir. Cette personnalité trahissant des penchants masochistes et sadiques sombra dans la démence paralytique. »

C'est le masochisme, chez Masoch naturellement, chez Aristote jouant (dit-on) le rôle de *equus eroticus*... Kraft-Ebing le décèle dans les écrits de Goethe, de Zola... Rousseau est classiquement cité à cet égard. Mobius, Châtelain, Binet, Krafft-Ebing ont été suivis à ce sujet de nombreux autres. Chacun rappelle le fameux passage des *Confessions* où Jean-Jacques avoue son algolagnie lors des corrections infligées par M^{lle} Lamercier, de même que la phrase célèbre : « Être aux genoux d'une maîtresse impérieuse... » Les fonctions de laquais exercées à Turin par le poète (il est aussi légitime de compter Rousseau au nombre des poètes qu'Alfred de Vigny au rang des philosophes), son comportement vis-à-vis de M^{me} de Warens, n'infirmement pas ses aveux.⁹⁵

Le fétichisme peut teinter la poésie en rendant vie à certains symboles et en lui fournissant le concret dont elle s'accommode, qui en fait la saveur et la naïveté (épithète homérique) ou la vie (dans le cas présent).

95. On peut voir en lui, d'autre part, un naïf ou, comme Sérieux et Capgras, un interprétant.

Le masochisme peut, dans certains cas particuliers, comme l'exhibitionnisme latent, pousser à la rédaction de « Confessions ».

L'homosexualité, nous l'avons signalé plus haut, s'observe chez un certain nombre d'auteurs littéraires et surtout d'artistes. Nous avons déjà signalé sa fréquence dans tous les milieux de la société grecque antique : Platon, Anacréon, la poétesse Sapho en sont des bons exemples entre cent. Les Romains n'avaient d'ailleurs guère à leur envier sur ce point, à qui nulle perversion n'était étrangère.⁹⁶ César, le crapuleux et vénéré César, ne se vantait-il pas d'être le mari de toutes les femmes et la femme de tous les maris ? Horace n'avait donc rien à nous dissimuler de telles pratiques pleines d'orientalisme. Cette particularité peut laisser des traces dans les ouvrages écrits et correspondre à une psychologie un peu spéciale. Y verra-t-on une chance de plus large universalité et un surcroît de vitalité ou une marque de dégénérescence ou admettra-t-on quelque autre point de vue plus scientifique sur la nature du phénomène ? Y verra-t-on une étape, déracinement de l'amour devenu sans objet valable et infécond, vers une certaine libération de la pensée vis-à-vis de la matière. Quelle que soit la bonne volonté que nous puissions mettre à trouver là l'essence, la marque du génie ou d'un génie, nous n'aboutissons à rien dans cette voie. Nous pouvons lui trouver des conséquences sociales qui ne soient pas toutes aussi défavorables. Nous ne pouvons en science ou en littérature l'apparenter au génie.

Si Pétrone a du génie nous ne pouvons voir dans une déviation sexuelle qu'il dépeint trop longuement la source de ce génie. Supprimons ces scènes homosexuelles et qu'avons-nous perdu qu'un autre texte, dont l'auteur était bien capable, n'eut remplacé avec avantage ?

Le type de brodequins portés, ni même la claudication ne sont l'essence de la marche.

On voit suffisamment à quelles bases fragiles physiques ou mentales, l'assimilation du génie à la folie doit renoncer à faire appel.

Les conditions sociales, à elles seules, ne suffiraient d'ailleurs pas davantage à le déterminer. Certains grands hommes ont été riches, d'autres plongés dans le dénuement. Chateaubriand est le dernier de

⁹⁶ Pétrone parle très « librement » de l'ambiance de la société romaine en ce qui concerne l'homosexualité.

dix enfants, mais Léopardi l'aîné de douze. Tel est choyé, tel autre élevé durement. Pascal, Racine, Boileau, J.-J. Rousseau, G. de Nerval... ont perdu de bonne heure leur mère mais tant d'autres, non.

L'époque et les circonstances matérielles, non plus, ne suffisent pas à le déterminer. Il faut en revenir à un plan biologique plus étroit mais d'une manière bien différente de celle de tout à l'heure. Ce qui apparaît dès lors c'est l'extrême vitalité de l'homme de génie, la polyvalence et l'aisance de ses activités, envisagées avec détachement et à la manière souvent d'exercice. Parfois il le déplore, comme Vigny ou Chateaubriand qui déclare : « Je serais meilleur si je pouvais me prendre à quelque chose. » Il sent ce qu'il y a de ludique dans l'activité humaine au sein d'un monde où il n'est que probabilité.

Voyez Chateaubriand, doué pour les mathématiques, explorateur lointain, militaire, émigré, politique, et sa robuste constitution. Il meurt à 80 ans. Voyez Lamartine soldat, voyageur, politicien, mourant à 79 ans. Voyez Hugo, poète, dessinateur, voyageur et politicien, est-ce un génie⁹⁷? C'est certainement un homme bien portant bien que trop « épanoui en vanité comme un bourgeois » (FAGUET). Il atteint 83 ans. Voyez Saint-Simon, qui est au moins un talent, artiste et militaire. Cet être passionné atteint 80 ans. Voyez la vitalité d'un Rabelais, archéologue, médecin, philosophe, voyageur ; considérez la longévité d'un Boileau (75 ans), d'un Corneille (78 ans, et son frère Thomas (84), d'un Bossuet (77 ans). Leconte de Lisle atteint 76 ans, Anatole France 80 et Viaud (Loti), malgré la morphine, 73 ans. Il n'est guère qu'un Pascal pour faire exception à la règle.

Aussi bien, soyons généreux, prenons un manuel de littérature de langue française et calculons les âges de tous les écrivains cités (génies, talents ou simples notoriétés). Prenons la moyenne des âges de ces 160 écrivains relevés. Nous trouvons 62 ans $\frac{1}{2}$. Rappelons que dans ces chiffres l'âge d'un A. Chénier, guillotiné à 32 ans, entre en ligne de compte.

Voilà qui contredit peut-être certaines affirmations *a priori*, populaires? Mais, poursuivons notre enquête.

97. C'est un voyant. Sa compréhension et son interprétation du romantisme sont à elles seules déjà géniales, mais il ne s'est pas toujours suffisamment raturé.

Prenons, si vous le voulez bien, l'exemple de la littérature de langue germanique. Que voyons-nous? Klopstock atteignant 79 ans, Wieland 80, Voss 75, Goethe 83, Klinger 79, de maler Müller 76, Hölderlin 73, Tiesk 80, mais, il est vrai : Schiller 46 de même qu'Hoffmann, et Novalis 29 ; Chanisso 58, Anrdt 91, Laube 78, Wagner 80, Spielhagen 82, G. Freytag 79, Theodor Fontane 79, ⁹⁸ C. F. Meyer 73, P. Heyse 84, Th. Storm 71, Rosegger 75, G. Keller, 71, Luise von François 76, Maria von Ebner-Eschenbach 86, C. Spitteler 79, Frederik van Eeden 72, Andersen 70... Procédons comme précédemment et recueillons les âges de tous les personnages cités dans un manuel de littérature allemande, soit 82 écrivains, génies ou talents. Calculons l'âge moyen nous trouvons 61 ans $\frac{1}{2}$. ⁹⁹

Prenons à présent en considération la littérature latine. Relevons les auteurs dont l'âge de la mort a été bien ou assez bien établi :

Nevius 70 ans au minimum	Ovide 60
Ennius 65	Tite-Live 76
Plaute 70 ans environ	Sénèque 69 (suicide sur ordre)
Terence 25	Perse 28
Lucilius 77	Lucain 26 (par ordre)
Catulle 33	Quintilien 60
Cicéron, assassiné à 63 ans	Tacite 66 (?)
César, assassiné à 56 ans	Martial 64 (?)
Salluste 53	Juvénal 70 (?)
Varron 90	Suétone 85 (?)
Virgile 51 (insolation accidentelle, en voyage)	Ausone 85 (?)
Horace 57	Saint Jérôme 80 (?)
Tibulle 35 (?)	Saint Augustin 76
Properce 35 (?)	Prudence 62 (?)

Nous trouvons en moyenne 60 ans, malgré les assassinats, nous voulons dire : les vies artificiellement abrégées.

98. Génie tardif contrairement à la plupart, qui se recommandent par leur précocité.

99. Nous avons fait entrer en ligne de compte : Novalis, mort à 29 ans, Höltz mort phthisique à 38 ans et deux jeunes gens morts à 22 et 24 ans...

Passons à la littérature chinoise, nous avons les âges suivants :

Tcheng-Hiuan 73 ans	Tang Hien Tsou 67
Lieon Hiang 74	Kou yen Won 63
Lieon Yu-Si 70	Yen Jo Kin 68
Wang Ngan Che 65	Hon Wei 81
Ssan Ma Kouang 67	Ts'ouei Chou 76
Tchou Hi 70	Jouan Yuan 85
Tch'eng Yi 74	Wang Sien K'ien 76
Ngeou Yang Lieon 65	Kang Yeon-Wei 69
Son Che 65	Yuan Mei 81
Tcheon pang Yen 65	Wang Che Tchen 77
Kouang K'ouee 80	Mao K'i-Ling 93
Lou Yeou 85	Pou Song Ling 85

Et, parmi les plus récents : Yen Fou 69 ans (qui traduit Huxley, Spencer et Stuart Mill) et Lin Chou 72 ans.

Une statistique portant sur 72 écrivains permet d'établir un âge moyen de 62 ans. Vingt ont dépassé 70 ans. Trente-sept ont dépassé l'âge de 60 ans. Six n'ont pas dépassé 40 ans, au nombre desquels on relève Sie-Ho, mort à 23 ans (479-502) qui établit les six règles de la peinture.

Renouvelons, une fois encore, l'expérience avec les grecs :

Solon 82 ans	Aristote 62 (ciguë)
Pindare 81	Démosthène 61 (suicide)
Hérodote 79	Pyrrhon 90
Eschyle 70	Timon 90
le beau Sophocle 90	Carnéade 85 d'après Apollo-
Euripide 74 (mort mystérieu-	dore, 90 d'après Cicéron
se . . .)	Plutarque 74
Aristophane 65	Théophraste 40
Thucydide 65 (descendant de	Polybe 85 (?)
Miltiade)	Lucien 75 (?)
le beau Xénophon 75	Origène 69
Socrate 70 (ciguë)	Eusèbe 75 (?)
Platon 81 ou 84	Saint Athanase 78 (?)

La moyenne, pour ces 23 personnages, est sensiblement de 75 ans.

(Nous nous en tiendrons à ces chiffres bien qu'il soit évidemment possible de les multiplier à l'infini en choisissant des exemples dans toutes les nations, toutes les époques et toutes les professions. Nous verrions que Galien vécut environ 70 ans, Paracelse 98, Paul Zacchias 77, Pinel 81, Esquirol 68, Pétrarque 70, Cervantes 69, saint Vincent de Paul 84, Frédéric II 76 ans, Bismarck 83 ans...)

Si tout vieillard n'est pas un génie ou un ancien génie, l'on voit que le génie est rarement un malade (comme Molière¹⁰⁰ ou Pascal) et résiste souvent longtemps à une existence plus d'une fois pénible. La lame n'use pas toujours très vite le fourreau.

Si certains états pathologiques peuvent créer une excitation momentanée invitant à produire, c'est l'exception. Les statistiques le démontrent. Le génie a pour base la santé. De même que le meilleur cheval n'est pas une rosse que l'on *doperait* sans cesse.

Nous devons encore dire quelques mots des artistes. Ici encore il y a recherche du vrai, en un certain sens, mais au travers d'une personnalité, d'une subjectivité plus libre. La science, la philosophie, s'adressaient à la raison impersonnelle et abstraite. La littérature, l'art, font appel aux sens bien davantage. Le contrôle de la valeur de l'œuvre se fait plus malaisé. L'individualisme s'aventure en terrain plus périlleux.

Le génie ne consistera-t-il pas toutefois dans la réalisation de quelque chose d'assez original pour sortir du cadre de la production industrielle ou artisanale mais cependant de communicable?

Il existe des artistes, de génie ou non, au nombre des aliénés. Le fait est indiscutable. Mais outre que la nature du génie est ici différente et surtout sensorielle, ce n'est pas dans les périodes de crise que la production valable se manifeste et si par exemple un aliéné peignait un tableau inspiré d'une hallucination éprouvée, cette hallucination ne serait pas cause de son « génie » mais modèle, matière première et vraie en tant que réellement perçue, ou mieux : en tant, qu'interprétation vécue.

Que si l'on veut dire qu'en tant que rationnel le génie d'un artiste est dû à l'aliénation, c'est nous orienter de nouveau en direction de l'inintelligible.

100. La maladie lui a-t-elle valu des thèmes? — C'est certain. Lui a-t-elle valu son génie? C'est moins certain.

L'originalité par défaut ne doit pas être confondue avec celle par surcroît ni la dissociation avec l'harmonie. Thèse classique? Non pourtant, si l'on veut bien y regarder de près.

Une chose est certaine, l'art n'exige pas (et il s'apparente là encore à la politique telle qu'elle est encore conçue) une absolue maîtrise de pensée comparable à celle de la science ou de la philosophie. Il n'a pas la même signification prospective. Il peut ne pas respecter entièrement la réalité objective comme sont contraintes de le faire ces dernières disciplines. On pourra certes faire de l'interprétation psychanalytique ou simplement psychiatrique d'un tableau. Ce sera contribuer à l'expliquer et enrichir et compléter les méthodes de la critique. On pourra relever les effets de tel trouble. L'aura-t-on pour autant assimilé au génie?

Michel-Ange, L. da Vinci, Benvenuto Cellini... reposent la question de l'homosexualité. D'autres celle de la drogue, de l'alcool. Certes, ils n'explorent plus ici le monde extérieur ou celui de la logique mais celui de la sensibilité. Pourtant il apparaît aussi peu profitable de rechercher la tare comme *primum movens* du génie que de rechercher le génie chez tout morphinomane, tout alcoolique ou tout homosexuel. Et dans la mesure où il y a perte de la maîtrise de la conception et des moyens, dans la mesure où il y a, dans ces anomalies, une démission, nous voyons bien plutôt avec l'exercice du génie une incompatibilité totale ou partielle.

N'oublions pas non plus que l'atellane, que Tabarin, ce n'est pas le génie comique; que de Sade ce n'est pas le génie de l'amour...

Van Gogh, aîné de six enfants, fils de pasteur, est sans doute le plus typique exemple de misère et d'aliénation que puisse nous offrir un artiste. Mystique, il finit par l'automutilation (de l'oreille) puis le suicide (arme à feu) à l'âge de 36 ans. Divers auteurs ont écrit sur la « schizophrénie de van Gogh (Jaspers) de van Gogh, l'homme qui n'aurait vendu qu'une seule toile de son vivant, comme Tönnies (et bien d'autres) n'avaient qu'un auditeur. Ceci ne lui a pas interdit, à l'insatisfait, désespéré mais fraternel néerlandais, d'étudier la peinture aussi bien orientale qu'occidentale et d'apporter dans ses œuvres, l'amour et le sens des couleurs mais encore réalisme et *synthèse*, j'allais dire panthéiste cosmique. Cet être vivant de couleur et de lumière appartenait à une

autre ère et n'avait pas place en la nôtre. La société ne se frappe pas le sein de n'avoir pas découvert, réconforté et nourri cet artiste, ce flamand. La société a-t-elle un but ?

J'ajouterai que ce cas particulier rappelle étrangement celui de Robert Mayer qui découvrit le principe de la conservation de l'énergie et dont l'évolution clinique fut tout à fait comparable. Sa guérison aurait été en relation avec la reconnaissance finalement du caractère valable de sa découverte.

Il est donc une thérapeutique propre à appliquer aux rares génies dont la force psychique parfois chancelle.^{100 bis} Mais faut-il rappeler que toute activité même d'un malade n'est pas morbide ?

L'interprétation doit se défier de méconnaître l'histoire. Voilà un autre écueil dont il convient de se garder avec vigilance. Le négliger aboutirait à des erreurs aussi monumentales que d'interpréter les motifs décoratifs géométriques des musulmans sans tenir compte des interdictions religieuses dont ils sont tenus de respecter les règles. Ce serait rechercher l'iconographie de l'hallucination dans *La tentation de saint Antoine* ou *Le jardin des délices* de Jheronimus Bosch, œuvres pleines de vie dont on ne sait quelle qualité admirer davantage et qui doivent leur singularité à la symbolique de l'alchimie et autres symboliques qu'elles renferment, mais symboliques conscientes. S'exposer de la sorte serait légitimer cette œuvre malicieuse du même peintre : *La cure de la folie* (Madrid, Prado) où un médecin fou, coiffé d'un entonnoir s'applique à extraire du crâne de son patient la Pierre de folie.

L'âge moyen de la mort, calculé sur 32 peintres de l'école flamande, est de 59 ans $\frac{1}{4}$,¹⁰¹ soit légèrement inférieur à celui que nous avons relevé chez les littérateurs en général et les philosophes en particulier. Il est curieux de relever que celui dont les œuvres revêtent le caractère le plus fougueux (qu'on pense à son joyeux buveur que l'on croirait

100 bis. Cette « rançon » est loin d'être inévitable, ni d'ailleurs la seule rançon possible du génie.

101. Thierry Bouts 60, Gérard David 63, J. van Eyck 66, Hugo van der Goes 42, Hans Hemmeling 52, Roger van der Weyden 65, J. Bosch 56, P. Breughel 44, J. Gosaert 70, Lucas van Leiden 39, Quentin Metsys 64, J. Mostaert 75, A. Brouwer 33, Van Dyck 53, Jordaens 85, Rubens 63, Teniers 80, Cuyp 71, G. Dou 62, van Goyen 60, Fr. Hals 86, Meindert Hobbema 71, Piéter de Hooch 47, G. Metsu 38, A. van Ostade 75, P. Potter 29, Rembrandt 63, J. van Ruysdael 53, S. van Ruysdael 70, J. Steen 53, G. ter Boch 64, Vermeer de Delft 43.

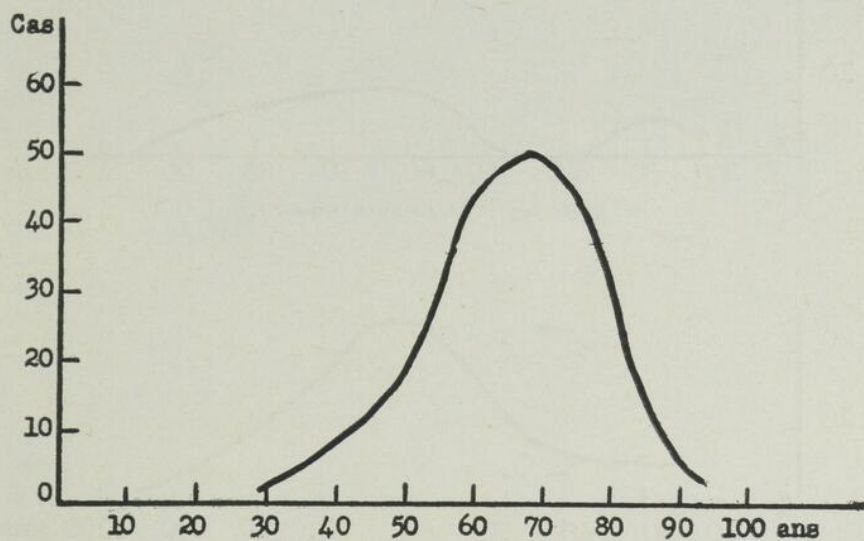


Figure 1. — Littérateurs français.

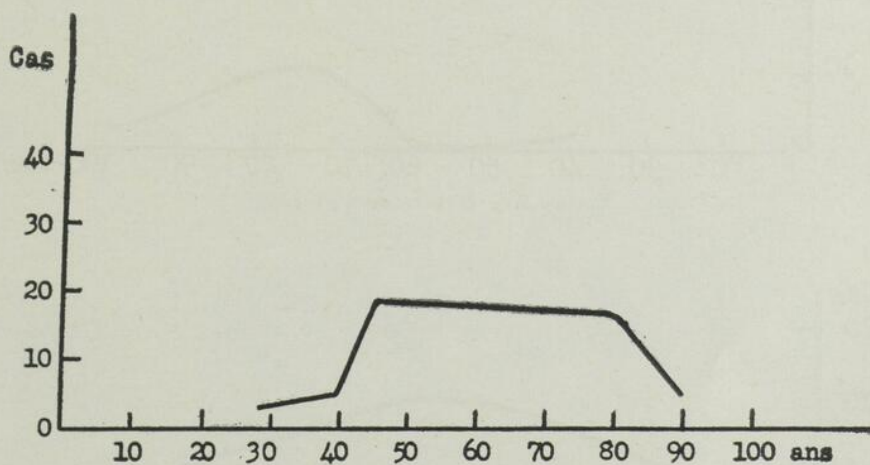
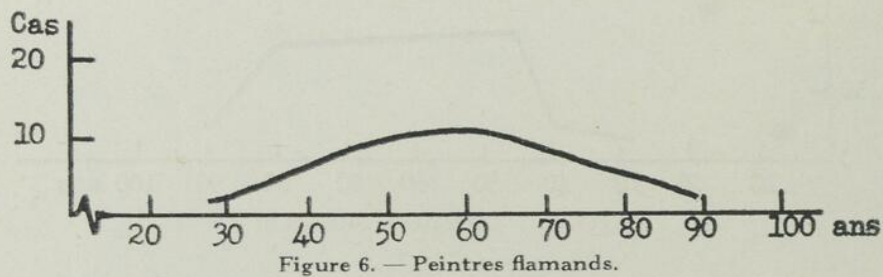
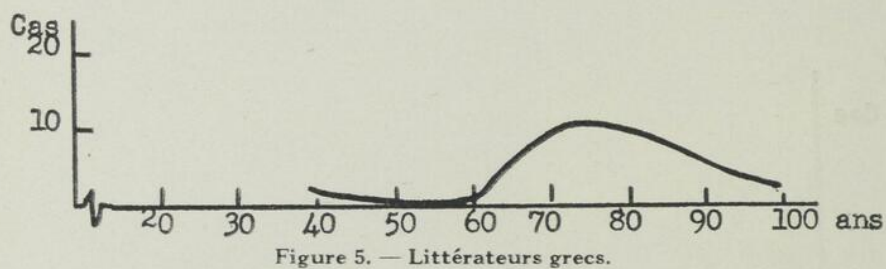
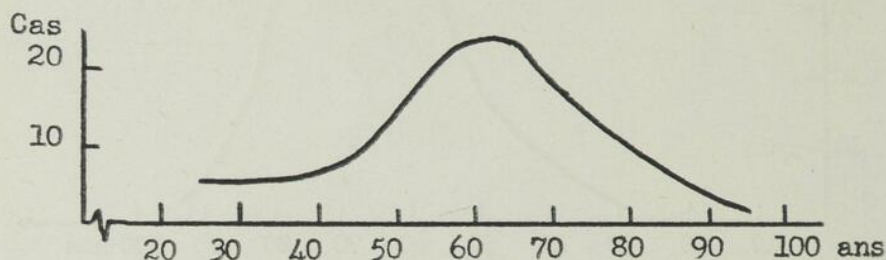
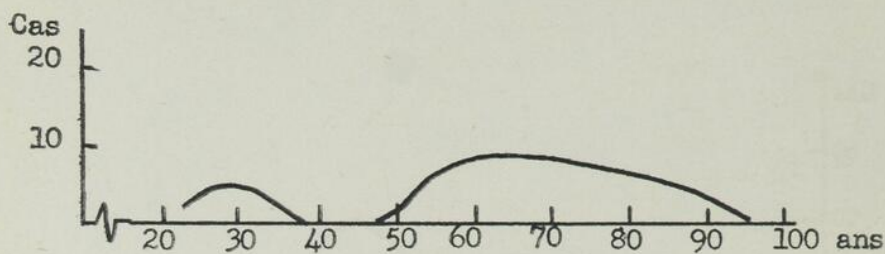


Figure 2. — Littérateurs allemands.



sorti de nos estaminets contemporains) est aussi celui qui atteint l'âge le plus avancé : Frans Hals († à 86 ans).

Chez l'artiste aussi, la vitalité se traduit plus d'une fois par la polyvalence. Que l'on songe, par exemple, à Leonardo da Vinci inventant l'écluse. Observation, imagination, énergie vitale, adaptation se retrouvent donc ici encore. Les malades mentaux sont exactement l'inverse : désintérêt, inadaptation au milieu, au milieu social tout au moins...

Dans les arts également, le génie précocé. C'est à 26 ans que Raphaël est chargé de la réalisation des fresques du Vatican. C'est à 33 ans que Michel-Ange accepte de peindre la voûte de la chapelle Sixtine. (Ce fougueux sculpteur, peintre et poète vivra, lui, jusqu'à 89 ans...)

(A suivre.)

ANALYSES

Camille LIAN et Maurice GRINFEDER. **Diagnostic et traitement par les ultrasons de l'angine de poitrine et des douleurs thoraco-brachiales gauches non angineuses.** *La Presse médicale*, (8 août) 1953.

MÉCANISME D'ACTION DES ULTRASONS

Les ultrasons agissent par plusieurs mécanismes : la chaleur, la pression des radiations, l'action par microvibrations sur les terminaisons nerveuses sensibles.

Ces phénomènes produisent chez l'homme des effets analgésiques sur le tissu nerveux, des effets de vaso-dilatations sur le système circulatoire, des effets anti-inflammatoires par activation de la fonction cellulaire, des effets sclérolitiques, des effets sur le sympathique avec déclenchement de phénomènes à distance.

L'énergie ultrasonore traversant l'organisme se transforme en partie en chaleur. Mais les tissus ne s'échauffent pas d'une manière uniforme. R. Pohlman et E. Parrow, étudiant la répartition de la chaleur dans la région fessière au moyen d'une aiguille thermo-électrique, ont montré que la chaleur et l'énergie décroissent assez vite dans les tissus avec la profondeur, de sorte qu'il n'en reste plus que dix pour cent environ à dix centimètres de profondeur.

L'action calorique des ultrasons est donc différente selon les tissus, selon leur profondeur et selon la puissance des radiations (Dognon et Biancani).

La pression des radiations et l'action des vagues de micro-ondes ultrasonores ont certainement une action très importante qui se fait sentir sur les récepteurs nerveux sensibles et les terminaisons du système nerveux végétatif. Il s'agit, non seulement d'une action locale, mais aussi d'une action réflexe à travers le système nerveux central déclenchant une série de phénomènes dans des zones distantes du point d'irritation.

CONCLUSIONS

Les ultrasons maniés prudemment n'entraînent ni incidents ni accidents. Pour cela, il faut :

- 1° Bien imprégner la peau d'huile de vaseline ou de glycérine ;
- 2° Un contact intime entre la tête émettrice d'ultrasons et la peau ;
- 3° Arrêter l'application en cas de légère sensation de brûlure ou de douleur profonde.

Dans un but de diagnostic entre l'origine coronarienne ou névralgique des douleurs thoraco-brachiales gauches, nous avons, de parti pris, appliqué les ultrasons toujours aux mêmes points : un point cervical situé dans la région du ganglion stellaire ; un point juxtasternal, sur le bord gauche du sternum au niveau du deuxième et du troisième espace intercostal ; un point paravertébral, sur le côté gauche de l'apophyse épineuse de la première ou de la deuxième vertèbre dorsale.

Les douleurs coronariennes sont caractérisées par ce fait que l'application juxtasternale provoque, en plus de la douleur locale, les irradiations habituelles des crises angineuses chez le malade, ou encore par ce fait que l'application paravertébrale provoque, en plus de la douleur locale, une douleur rétrosternale à distance.

Ces détails caractéristiques s'observent chez les deux tiers environ des angineux.

Au contraire, dans les douleurs thoraco-brachiales non angineuses, l'application juxtasternale donne exclusivement une douleur locale. Quant à l'application cervicale, elle donne la douleur dans toute la zone brachiale douloureuse, mais elle n'entraîne pas de douleur rétrosternale.

Dans le traitement des douleurs angineuses, les applications d'ultrasons faites sur les points qui ont servi au diagnostic entraînent une diminution plus ou moins marquée des phénomènes douloureux mais ne les font pas disparaître.

Cette amélioration se fait surtout sentir dans les angors légers et porte sur les irradiations plutôt que sur la douleur rétrosternale.

Les ultrasons amènent également une réduction importante de la péri-arthrite scapulo-humérale qui vient assez souvent compliquer les angors coronariens.

Ce sont les douleurs thoraco-brachiales gauches non angineuses qui sont le champ de prédilection pour les ultrasons. En effet, la guérison par une séance hebdomadaire s'observe en général en quelques semaines dans les deux tiers des cas, et on note une amélioration importante dans le tiers restant.

Pierre JOBIN

Maurice DEBRAY, M. GIBELIN, B. MALAPERT et Cl. ROVILLAIN.

Traitement de la maladie de Bouillaud et de la périarthrite chronique évolutive par les injections intra-artérielles d'un anavaccin streptococcique. *La Presse médicale*, 62 : 183, (6 février) 1954.

De nombreux faits d'observation permettent actuellement de considérer la maladie de Bouillaud comme une maladie du système artériel.

En effet, les nodules d'Aschoff se développent toujours au contact d'un élément artériel, d'un capillaire artériel ; de même, les lésions cardiaques rhumatismales atteignent électivement le cœur gauche, le cœur artériel. Les lésions rhumatismales apparaissent, le plus habituellement, dans les formations dérivant du mésenchyme ; elles prennent les caractères de manifestations allergiques, allergie créée par les métabolites issus de l'action d'un streptocoque sur le tissu vasculo-conjonctif, de l'amygdale, des voies respiratoires ou digestives supérieures.

Les médications salicylées et hormonales ne s'adressent qu'à la crise rhumatismale ; elles ne font qu'arrêter momentanément la marche de l'affection ; il ne s'agit pas là du traitement de la maladie elle-même. Ces considérations ont incité les auteurs à essayer la désensibilisation du tissu artériel pour, ainsi, le rendre réfractaire à l'action de l'allergène producteur des accidents. A cet effet, ils préconisent des injections à doses progressivement croissantes, dans l'artère fémorale, de lysat d'une culture de streptocoque provenant d'hémoculture et contenant des endotoxines et des exotoxines, des protides à molécules de dimensions moyennes, et cela, à l'exclusion de toute médication salicylée.

Cette nouvelle méthode de traitement semble avoir donné de bons résultats dans la maladie de Bouillaud. Chez 34 malades traités de janvier 1947 à décembre 1949 il n'a été constaté aucune récurrence après deux ans d'observation, bien que certains malades aient été très sérieusement atteints. Un traitement identique a été appliqué à la polyarthrite chronique évolutive dont la physiopathologie se rapproche singulièrement de celle de la maladie de Bouillaud. Une proportion importante de ces malades tirent grand bénéfice de ce traitement. Les injections intra-artérielles d'anavaccin sont habituellement très bien supportées. Les signes physiques, la formule sanguine, les modifications de la fibrinémie, de la vitesse de sédimentation, renseignent d'une façon suffisante sur l'évolution de la maladie et sur les effets du traitement.

Les injections intra-artérielles d'anavaccin sont habituellement suivies de réactions thermiques, jamais très importantes, de l'ordre de 1 à 2 degrés par rapport à la température des jours précédents ; de plus, ces réactions sont de courte durée, elles s'éteignent après douze à vingt-quatre heures. L'absence de réaction thermique ne signifie aucunement que le traitement est inefficace ; même dans ces cas, il est souvent très favorable. Assez souvent, au début du traitement, le mouvement thermique est plus accusé, les douleurs articulaires sont plus vives ; après deux à trois semaines de traitement, il y a ordinairement régression nette et, vers la fin du traitement, les douleurs disparaissent, les gonflements articulaires s'affaiblissent, le jeu des jointures se fait plus étendu, n'étant limité que par les lésions ostéo-articulaires qui persistent. Chez 33 femmes atteintes de polyarthrite chronique évolutive on enrégistra 24 résultats bons ou très bons et 9 échecs partiels ou totaux ; chez 13 hommes, on obtint 9 résultats bons ou très bons et 4 échecs partiels ou totaux. Les échecs ont été enregistrés principalement chez des rhumatisants anciens chez qui le jeu des articulations atteintes était depuis longtemps limité.

Les injections intra-artérielles sont pratiquées dans l'artère fémorale à la racine de la cuisse. On conseille de placer un garrot serré afin de

bloquer la circulation veineuse et de ralentir la circulation artérielle, ce qui permet un contact plus prolongé de l'anavaccin avec la paroi artérielle. Il importe de s'assurer que l'aiguille est bien en place dans la lumière artérielle avant de pousser lentement l'injection.

Dans la périarthrite chronique évolutive, on fait habituellement 25 à 30 injections. Les doses sont progressivement croissantes : la première est de 9,25 cm³ ; les deuxième et troisième de 0,50 cm³ ; les quatrième et cinquième de 0,75 cm³ ; on augmente de 0,25 cm³ après deux injections de la même dose jusqu'à un maximum de 2 cm³ par injection. Les premières injections sont faites tous les trois à cinq jours ; à partir de 1 cm³, les injections sont données tous les six à huit jours. Pour éviter les récurrences et assurer la permanence des résultats, il est conseillé de faire des injections de rappel, au nombre de quatre à cinq, après un à deux ans.

Il semble que ce nouveau procédé de traitement ne puisse être assimilé au traitement de choc banal ; on connaît depuis longtemps les effets nuls ou transitoires des médications de chocs habituelles dans le traitement des manifestations rhumatismales. Il y a plus. Il semble bien plutôt que la régularité et la durée des résultats soient dues au lieu d'application et à l'action directe du contact de l'anavaccin sur le tissu artériel le plus souvent touché dans la maladie rhumatismale, maladie du système artériel.

Honoré NADEAU

Wendell H. HALL et Sydney FINEGOLD. **A study of twenty-three cases of Reiter's syndrome.** (Une étude de vingt-trois cas de syndrome de Reiter.) *Ann. Int. Med.*, **38** : 533, (mars) 1953.

Les auteurs ont observé vingt-trois patients de 21 à 41 ans souffrant du syndrome de Reiter. Chez la plupart d'entre eux, des symptômes d'urétrite et de conjonctivité étaient présents, ainsi que des lésions de la peau et des muqueuses. Une température peu élevée et intermittente accompagnait ces manifestations.

Tous ces patients présentaient des signes objectifs d'arthrite. Les articulations, les plus fréquemment touchées, étaient les genoux, les chevilles, les poignets, les épaules et les hanches.

Des lésions de la peau et des muqueuses furent observées chez tous. La lésion, la plus fréquemment rencontrée, consistait en une papule rouge surmontée fréquemment d'une vésicule. Quelques-unes de ces lésions étaient situées sur les organes génitaux ou aux régions inguinales. Dans d'autres cas la muqueuse buccale était affectée.

Les auteurs ont noté chez cinq patients des lésions cutanées, qui ne pouvaient pas être distinguées morphologiquement de la kératodermie blennorragique.

Des symptômes généraux, tels que l'anorexie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la perte de poids furent aussi notés dans ces cas.

Une enquête épidémiologique suggère que le syndrome de Reiter serait une maladie vénérienne, l'urètre étant la voie d'introduction.

En effet dans quatorze cas, il y avait eu un rapport sexuel extramarital ; l'intervalle entre ce contact et le début des symptômes variait entre deux et quarante et un jour. Cependant le fait que huit patients nient tout contact extramarital permet de douter de l'étiologie vénérienne de ce syndrome.

Dans les vingt-trois cas, sauf cinq, la leucocytose dépassait 10,000. L'examen des urines a montré une albuminurie modérée chez neuf. Une pyurie était présente chez vingt-deux patients. De l'hématurie a été retrouvée dans trois cas.

Chez tous, une culture de l'écoulement urétral et prostatique fut faite. Une seule fois le gonocoque a pu être identifié.

La pénicilline, la sulfadiazine et l'auréomycine furent employées sans succès. La streptomycine, à la dose de un à trois grammes par jour, a été suivie chez quatre d'entre six patients par une diminution de la température et des douleurs articulaires. L'ACTH ou la cortisone ont entraîné une rémission temporaire de l'arthrite et une diminution de la fièvre chez plusieurs. La colchicine, le mapharsen et le vaccin typhique furent inefficaces. Le repos au lit, les salicylates et la physiothérapie furent utiles pour soulager les patients.

Enfin, les auteurs insistent sur la fréquence de lésions vésiculeuses de la peau et des muqueuses chez leurs patients et suggèrent la possibilité d'une étiologie virale.

Jean GRANDBOIS

Maxwell L. GELFAND. **Treatment of herpes zoster with cortisone.** (Traitement de l'herpès zoster par la cortisone). *J. A.M.A.*, **154** : 13 mars 1954.

Les premiers essais de la cortisone pour le traitement des maladies furent faits dans l'arthrite rhumatoïde. Depuis ce temps, ce produit hormonal a été employé dans un nombre considérable d'affections, avec des résultats variables.

L'auteur, pour sa part, a traité cinq patients : quatre femmes et un homme dont l'âge variait de trente-deux à soixante-douze ans, pour du zona, la cortisone étant administrée par la bouche.

Le premier jour, les malades prirent 200 milligrammes ; pendant les sept jours suivants, 100 milligrammes de cortisone par jour. Par la suite, la dose fut réduite à 25 milligrammes, deux fois par jour, pendant quatre jours. Pour les deux patients qui avaient une atteinte de l'œil à cause d'un zona ophtalmique, la cortisone fut, en plus, utilisée localement.

Les résultats furent manifestes sur la douleur qui disparut chez quatre patients, entre vingt-quatre et trente-six heures.

Le cinquième, qui souffrait, en même temps, de leucémie lymphoïde, n'a pas répondu à la thérapeutique.

L'éruption cutanée fut nettement arrêtée dans son cours chez tous les patients et on n'assista à aucune infection secondaire.

La guérison des lésions cutanées se fit dans le temps habituel, c'est-à-dire entre une et trois semaines.

Chez un de ces malades, la douleur, qui avait cessé, réapparut, une semaine après la fin du traitement ; la reprise de la cortisone la fit de nouveau cesser.

L'auteur n'a remarqué durant le traitement aucun trouble métabolique ou physiologique en rapport avec l'administration de la cortisone.

Le zona est considéré comme une infection à virus du système nerveux et il est intéressant de constater que, dans ce cas particulier, la cortisone, a eu au moins sur une des manifestations de cette infection à virus — la douleur, un effet rapide et intéressant.

Émile GAUMOND

Jean COTTET, J. VIGNALOU, J. REDEL et COLAS-BELCOUR.

Propriétés hypocholestérolémiantes des acides phényl-éthyl-acétique (22TH) et phényl-méthyl-acétique (4082TH). *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 69 : 803, 1953.

Chez le sujet normal, dans des conditions physiologiques, le cholestérinémie ne présente que des variations insignifiantes. Par contre, elle serait plus instable chez certains malades, comme les artério-scléreux, les coronariens.

L'alimentation n'a que peu d'influence sur le taux du cholestérol sanguin ; il semble bien qu'il n'existe aucun rapport entre la cholestérinémie et le régime normal et varié. Un régime très strict (riz, fruits) et prolongé peut amener une baisse notable du cholestérol sanguin. Le cholestérol alimentaire n'agit sur le taux sanguin qu'à doses élevées, de l'ordre de 8 grammes par jour, et seulement en présence de lécithine ; celle-ci émulsionne le cholestérol et favorise ainsi son absorption intestinale. La cholestérinémie demeure ordinairement stable chez un individu donné ; elle varie cependant dans un groupe d'individus vivant dans les mêmes conditions. Les chiffres du cholestérol sanguin varieraient en rapport avec le type morphologique : le « pycnique » aurait un taux plus élevé que « l'asthénique ».

De nombreux corps ont été proposés en thérapeutique dans le but de diminuer le taux du cholestérol sanguin. En dehors des extraits thyroïdiens, de la thyroxine, aucun d'entre eux n'a été reconnu unanimement. Les cholérétiques, le *cynara scolymus*, l'iode, l'iodure de potassium, ont très peu d'efficacité. Les substances lipotropes : choline, inositol, méthionine, hormone lipocaique, etc., mobilisent bien le cholestérol de la glande hépatique, mais n'ont pas d'action dégnie sur la cholestérinémie. Récemment, le polyscorbate 80-méthionine-inositol aurait donné des abaissements du cholestérol sanguin chez des sujets hypercholestérinémiques ; de même, certains phytostérols paraissent donner des résultats plus fermes.

Les auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus avec certains corps jamais utilisés auparavant en thérapeutique : le phényl-éthyl-acétate de sodium et le phényl-méthyl-acétate de sodium. Ces produits seraient trois fois plus cholérétiques chez le rat que l'acide déhydrocholique. L'expérimentation de ces deux produits chez le rat a donné des résultats statistiquement significatifs.

En clinique, le phényl-éthyl-acétate de sodium a été employé chez 135 malades, dont 91 avaient, au départ, une cholestérinémie supérieure à 1,50 g pour mille. Chez 25 malades dont le taux initial de cholestérol était de 2,50 à 4,10 g pour mille, il y a eu une baisse notable dans 92 pour cent des cas ; chez 50 malades dont la cholestérinémie initiale était de 2,00 à 2,50 g pour mille, on constate une baisse appréciable dans 80 pour cent des cas ; enfin, chez 15 malades dont le cholestérol initial était au taux de 1,50 à 1,90 g pour mille, il y a eu baisse dans 53 pour cent des cas. L'abaissement est d'autant plus marqué que le taux initial est plus élevé et que le traitement est plus long. La baisse se fait déjà sentir après une semaine de traitement, mais les chiffres les plus bas ont été constatés après la septième et la huitième semaine. Cette diminution a pu atteindre le chiffre de 50 pour cent dans certains cas ; il s'agit d'un abaissement qui ne semble jamais avoir été obtenu avec toute autre médication. La posologie du médicament est de l'ordre de deux à trois grammes par jour, administré en doses fractionnées d'un gramme à chaque repas pendant quatre à douze semaines. La médication est habituellement très bien tolérée, tout au plus, est-il survenu quelques gastralgies banales dans 7 à 8 pour cent des cas. Il n'a jamais été constaté d'érythème, d'albuminurie, de modification de l'azotémie ou de la formule sanguine. Le phényl-méthyl-acétate de sodium, employé dans les mêmes conditions, a donné des résultats identiques.

En guise de conclusion, les auteurs émettent les assertions suivantes : le phényl-éthyl-acétate et le phényl-méthyl-acétate de sodium se comportent comme des substances hypocholestérolémiantes, donant des abaissements du cholestérol sanguin de l'ordre de 7 pour cent à 50 pour cent chez 86 pour cent des 91 malades soumis au traitement et ayant une cholestérinémie supérieure, à 1,50 g pour mille.

Honoré NADEAU

REVUE DES LIVRES

Électrocardiographie clinique, par J. LENÈGRE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux de Paris, G. CAROUSO, chef du laboratoire d'électrocardiographie, et H. CHEVALIER, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, 810 pages : 16,5 × 24 cm. *Masson et Cie*, Paris, France, 1954.

L'*Électrocardiographie clinique*, que vient de publier le professeur Jean Lenègre, avec ses élèves Carouso et Chevalier, est une œuvre impressionnante et remarquable. Préfacé par le professeur Charles Laubry qui insiste, à juste titre, sur la valeur de l'ouvrage, ce volume de 810 pages représente une somme de travail et de recherches énormes.

Le texte est précédé d'un avant-propos où les auteurs expliquent brièvement le plan général du volume qui est divisé en six sections. Voici ce que le professeur Lenègre et ses collaborateurs écrivent :

Il comporte, après une première partie de technique électrocardiographique, une deuxième partie purement théorique d'électrophysiologie, réduite au minimum nécessaire, mais conçue d'une manière telle qu'elle se suffise à elle-même sans exiger du lecteur aucune notion particulière.

Une troisième partie concerne l'électrocardiogramme normal, ses principales caractéristiques, et ses limites.

Une quatrième partie, analytique, expose la sémiologie des principaux syndromes électriques : hypertrophies auriculaires et ventriculaires, blocs de branche, insuffisance coronarienne (y compris l'infarctus du myocarde).

Une cinquième partie, synthétique, groupe pour chacune des principales variétés étiologiques de cardiopathies ou de souffrance cardiaque, ses signes électriques fondamentaux.

La sixième et dernière partie est consacrée aux troubles du rythme.

L'iconographie, la bibliographie ont été particulièrement soignées ; la première illustre fort bien avec l'aide de 54 schémas et de 446 tracés les détails toujours abstraits d'un texte qui traite de l'électrocardio-

graphie ; quant à la seconde, elle permet de recourir, si on le désire, aux travaux originaux — près de 700 — tous lus, digérés et éventuellement critiqués, comme l'a écrit le professeur Laubry.

Des renseignements hémodynamiques, biologiques et anatomiques complètent l'étude analytique des tracés électrocardiographiques.

On remarquera que les troubles du rythme ne sont étudiés qu'en dernier lieu, alors que dans les temps héroïques de l'électrocardiographie, ils tenaient la première place.

Chaque chapitre débute par l'énumération des critères électrocardiographiques admis — leurs explications électrophysiologiques. Suivent une série de tracés, étayés pour beaucoup de constatations anatomiques minutieuses et précises.

L'étude du rapport pondéral V.G./V.D. préconisé par Hermann et Wilson en 1922 et reprise par les auteurs avec une technique rigoureuse vient établir une corrélation anatomique et électrique palpable.

Les tracés consacrés aux blocs de branche comportent pour plusieurs, l'étude de 4,000 coupes sériées des voies de conduction — travail imposant qui constituera un apport important dans l'avancement de nos connaissances sur cette question discutée et complexe des images dites de « bloc de branche ».

On ne saurait trop louer le professeur Lenègre et ses collaborateurs de leur œuvre magnifique. Le but qu'ils s'étaient proposé de faire comprendre l'électrocardiographie et de permettre à tout médecin une lecture des tracés a été entièrement atteint. *L'Électrocardiographie clinique* est digne de l'école que le professeur Lenègre dirige avec tant d'application et de *mæstria*.

Le grand mérite de l'ouvrage, c'est d'être demeuré dans le domaine anatomo-clinique. Les spéculations théoriques et les notions électrophysiologiques ont été réduites au strict minimum indispensable à la compréhension des tracés. Entre les mains des auteurs, l'électrocardiographie devient une science que l'électrophysiologie explique et que les constatations anatomiques supportent.

Nous sommes heureux de recommander ce volume à tous : cardiologues, internistes, étudiants qu'intéresse cette science d'abord difficile qu'est l'électrocardiographie. *L'Électrocardiographie clinique* du professeur Lenègre constituera pour eux une véritable bible qu'ils pourront consulter à loisir et avec un plaisir toujours accru.

Richard LESSARD

Kenneth L. KRABBENHOFT. **Radio-active gold (Au^{198}) in the treatment of cancer.** (L'or radio-actif dans le traitement du cancer.) *Am. J. of Röntgenology, radium therapy and nuclear medicine*, **71** : 704-706, (avril) 1954.

Des isotopes engendrés par les piles nucléaires, l'or radio-actif apporte beaucoup d'espoir. Grâce à son inertie chimique, à son extraction

à l'état pur et à sa demi période de 2,69 jours, cet agent radio-actif peut être employé intracavitairement et interstitiellement. Son emploi sous forme colloïdale lui donne des propriétés désirables que n'ont pas les rayons X, le radium ni les autres corps radio-actifs. Son effet local dans les tissus est bien délimité puisque 95 pour cent des radiations émises sont des radiations β , n'agissant que sur un rayon de 3,8 mm dans un fantôme d'eau. L'effet principal du rayonnement ne se fait donc sentir que dans les premiers millimètres de tissu.

L'indication principale de l'or radio-actif est le traitement palliatif des épanchements péritonéaux et pleuraux d'origine métastatique. Dans les épanchements péritonéaux, l'or radio-actif produit moins le mal des rayons que les rayons X et il est moins délétère pour l'intestin. Une condition générale assez bonne, l'indication de paracenthèses fréquentes et même la présence de masses tumorales seraient une bonne indication de l'emploi de l'or radio-actif.

Les épanchements pleuraux sont encore mieux contrôlés que les péritonéaux par l'or radio-actif. L'effet des rayons β reste limité aux plèvres et le poumon sous-jacent n'est point endommagé. Il ne faut cependant pas oublier que les épanchements cloisonnés peuvent être le siège d'une surdose sérieuse s'ils ne sont pas reconnus.

Les réactions générales ne sont jamais très sévères et le système hémopoïétique n'est jamais sérieusement touché.

Le mécanisme d'action de l'or colloïdal radio-actif n'est pas encore très compris en ce qui concerne le contrôle des épanchements. Andrews, Root et Kinsely suggèrent les propriétés suivantes :

- 1° Fibrose des surfaces tumorales ;
- 2° Diminution du drainage lymphatique par irradiation des ganglions lymphatiques ;
- 3° Oblitération inflammatoire partielle de la cavité séreuse ;
- 4° Action inconnue sur les portions saines des surfaces cavitaires.

On a proposé l'emploi prophylactique de l'or colloïdal radio-actif dans le cancer ovarien, dans les cas de rupture du kyste au moment de l'intervention ou encore en présence de métastases.

Kerr, Flochs, Elkin et Culp ont introduit l'application interstitielle d'or radio-actif dans le traitement du cancer modérément avancé de la prostate. On attend beaucoup de cette méthode dans les cas de cancer de la prostate lorsqu'on ne peut tout enlever chirurgicalement et lorsqu'il n'y a pas de métastases à distance. Les auteurs rapportent une régression rapide dans le volume de la tumeur et un ramollissement dans 98 pour cent des cas, trois semaines après l'injection.

Aujourd'hui on peut dire que des résultats satisfaisants ont été obtenus par l'or radio-actif dans le traitement des épanchements péritonéaux et pleuraux et dans le cancer de la prostate. D'autres expériences sont nécessaires avant d'établir la véritable valeur de cet agent radio-actif.

Robert LESSARD

Atlas d'hématologie, par MM. Prosper MERKLEN[†], professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin des Hôpitaux de Paris, et Robert WAITZ, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, directeur du Centre régional de transfusion sanguine. Un volume 18,5 × 25 de 283 pages avec 70 planches en 6 couleurs. Broché : 6,000 fr. ; cartonné : 6,600 fr. *Librairie Maloine*, éditeurs, 27, rue de l'École de Médecine, Paris (VI^e), France.

On sait que, depuis quelques années, l'iconographie a conquis un développement justifié dans toutes les branches de la médecine. L'hématologie, en particulier devait bénéficier de cette tendance : le diagnostic y est en grande partie basé sur l'examen cytologique du sang et des organes hématopoïétiques, moelle osseuse, rate, etc.

Le besoin s'imposait en France d'un ouvrage où seraient groupées les reproductions des diverses cellules sanguines. Cette lacune a été comblée par l'*Atlas d'hématologie* qu'ont fait paraître MM. les professeurs P. Merklen et R. Waitz.

On y trouvera les images en couleurs de la grande majorité des cellules qu'on a coutume de rencontrer dans le sang et les organes de l'hématopoïèse à l'état normal et pathologique. Elles ont été dessinées d'après des préparations toutes traitées par la technique de May-Grunwald-Giemsa. L'ensemble est réuni en planches très soignées, qui permettent de prendre une connaissance exacte de la morphologie et de la coloration des variétés de leucocytes d'hématies et de diverses cellules en cause.

La 3^e édition s'est enrichie de 12 nouvelles planches, celles-ci concernant, pour la plupart, la cytologie de la moelle osseuse.

L'attention apportée aux choix des préparations et à la qualité de leur reproduction fait de cet atlas un recueil de documents de haute valeur, égal ou supérieur aux meilleurs atlas étrangers. Au cours de pages très claires, placées en tête de l'ouvrage, sont exposés les caractères différentiels des éléments cellulaires du sang et de la moelle osseuse, à comprendre et à interpréter la lecture des planches qui suivent.

Si l'*Atlas d'hématologie* de MM. Prosper Merklen et Robert Waitz, s'adresse avant tout aux hématologistes et aux histologistes, il se montre aussi d'une réelle utilité pour les praticiens de médecine générale et les spécialistes ; tout médecin a de plus en plus l'occasion de s'intéresser aux questions dont l'ouvrage fournit la solution iconographique.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — **TECHNIQUE.** — Les cellules sanguines : remarques générales ; la lignée myéloïde ; les lymphocytes ; les monocytes ; les histiocytes ; les cellules endothéliales ; les moyens mononucléaires ; les plasmocytes ; les hématies ; les cellules souches ; les globulins ; les mégacaryocytes ; les cellules réticulaires ; les artéfacts. — *Iconographie :*

les lignées ; les cellules myéloïdes ; les cellules lymphoïdes ; les monocytes ; les cellules à tendance plasmocytaire et les plasmocytes ; les hématies ; les mégacaryocytes ; les cellules réticulaires. — OBSERVATIONS. — INDEX DES CELLULES.

Clinique et pathologie de la neurosyphilis, par J. ALVES GARCIA, professeur de psychiatrie à l'École de médecine et chirurgie, médecin de l'Hôpital de neurosyphilis (Rio de Janeiro). Un volume 16 × 24,5 de 160 pages avec 36 figures. 1,000 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e), France.

La thérapeutique moderne de la syphilis a profondément modifié la physionomie de cette maladie. Tous les spécialistes qui travaillent sur un matériel clinique et anatomopathologique abondant, sont à même de vérifier aujourd'hui que les formes autrefois florissantes de la *lues* tendent à devenir de plus en plus rares. Les cadres que l'on rencontre désormais dans les Services médicaux modernes ne correspondent plus guère aux descriptions des auteurs classiques.

Les conditions actuelles de la prophylaxie et de la thérapeutique de la *lues* ont apporté des modifications profondes aux formes de la syphilis nerveuse, qui étaient si riches en symptômes et si variées il y a encore quelque vingt ou trente ans.

L'auteur de cet ouvrage a senti peut-être davantage que quelques autres spécialistes la métamorphose qu'a subie la neurosyphilis, pour avoir vécu cette époque de transition dans l'histoire de la *lues* ; il a eu, en outre, l'avantage de disposer du matériel inépuisable fourni par un centre des plus importants : l'Hôpital de neurosyphilis de Rio de Janeiro. Ce petit livre traduit l'expérience clinique qu'il lui a été ainsi donné d'accumuler, dans ce Service entièrement spécialisé, sur le diagnostic et le traitement de la syphilis dans le système nerveux.

Chemin faisant, l'auteur y confronte les résultats de ses recherches personnelles avec ce qu'il a eu l'occasion de voir récemment dans les grands centres nord-américains et européens.

L'ouvrage intéresse les neurologues, les psychiatres et les syphiligraphes, ainsi que tous les médecins : ils y trouveront une mise au point de cette question, qui présente encore une grande importance sociale.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — Méningite syphilitique. — Syphilis spinale. — Syphilis cérébrale. — *Tabes dorsalis*. — Paralyse générale. — Formes cliniques terminales de la paralyse générale traitée. — Pathogénie de la neurosyphilis parenchymateuse. — Nouvelles recherches sur la malaria-thérapie. — Nouvelles recherches sur l'histopathologie de la neurosyphilis parenchymateuse. — L'atrophie primaire des nerfs optiques. — Névrites et polynévrites syphilitiques. — La neurosyphilis congénitale. — Règles générales de thérapeutiques de la neurosyphilis.

Nouvelle pratique chirurgicale illustrée, sous la direction de Jean QUÉNU. Fascicule VII. — Un volume grand-in-8° de 294 pages avec 251 figures dessinées d'après nature par S. DUPRET (1953). 2,300 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (VI^e), France.

Sommaire du fascicule VII :

Amputation du sein pour cancer (J. QUÉNU). — Phrénoplastie par filet de nylon pour éventration diaphragmatique gauche (J. QUÉNU et P. HERLEMONT). — Technique d'un cas de néphrectomie partielle (B. FEY). — Hystérectomie totale pour fibrome (J. QUÉNU). — Colpo-hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin. Technique de Roubier (J. PERROTIN). — Sympathectomie lombaire, splanchnicectomie et médullo-surrénalectomie associées dans le traitement des artérites juvéniles (maladie de Buerger), (N. ŒCONOMOS). — Ostéosynthèse des fractures trochantériennes. Technique du « clou-plaque » (J. TEINTURIER). — Greffe d'une pseudarthrose du tibia par simple *onlay*. Opération de Phemister (M. ARSAC). — Résection de la veine saphène interne (G. THOMERET).

Rappel : Fascicule 1 : 274 pages, 239 figures. 1947. 1,200 fr. — Fascicule 2 : 272 pages, 235 figures. 1948. 1,400 fr. — Fascicule 3 : 290 pages, 252 figures. 1949. 1,500 fr. — Fascicules 4 : 288 pages, 255 figures. 1950. 1,500 fr. — Fascicule 5 : 254 pages, 228 figures. 1951. 1,650 fr. — Fascicule 6 : 270 pages, 249 figures. 1952. 2,250 fr.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec

Avis concernant les spécialités

Les Comités des spécialistes chargés de considérer les demandes de certification se réuniront au cours du mois de décembre 1954..

Les médecins dont les études et l'entraînement postsecondaires sont terminés, voudront bien présenter leurs requêtes avant le 15 novembre, ceci permettant aux Comités concernés d'obtenir les renseignements jugés nécessaires.

Tout aspirant au certificat voudra bien noter que, conformément à nos règlements, des certificats sans examen pourront être émis jusqu'au 1^{er} juin 1955.

Pour fins d'octroyer des certificats de compétence, le Bureau provincial de médecine du Québec reconnaît les spécialités suivantes :

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. — Anesthésie. | 13. — Urologie. |
| 2. — Dermatologie et syphiligraphie. | 14. — Chirurgie orthopédique. |
| 3. — Chirurgie générale. | 15. — Otorhinolaryngologie. |
| 4. — Médecine interne. | 16. — Pédiatrie. |
| 5. — Allergie. | 17. — Pathologie clinique, bactériologie et anatomie pathologique. |
| 6. — Cardiologie. | 18. — Médecine physique. |
| 7. — Maladies pulmonaires & T.B. | 19. — Chirurgie plastique et reconstructive. |
| 8. — Gastro-entérologie. | 20. — Radiologie : diagnostique et/ou thérapeutique. |
| 9. — Neurologie et/ou psychiatrie. | 21. — Chirurgie thoracique. |
| 10. — Neuro-chirurgie. | 22. — Hygiène. |
| 11. — Obstétrique et/ou gynécologie. | |
| 12. — Ophtalmologie. | |

Copie des Règlements et normes de formation postuniversitaire ainsi que des formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 1896 ouest, rue Dorchester, Montréal, P. Q. — FI: 5205

Étude sur le vaccin contre l'influenza

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, nous informe que le gouvernement fédéral accorde une subvention de \$5,020 à l'Institut de microbiologie et d'hygiène, de Montréal, afin d'aider celui-ci à poursuivre des études sur l'efficacité du vaccin contre l'influenza.

Les études poursuivies à cet institut, s'occuperont d'une manière spéciale de l'administration, par le nez, de doses de rappel sous forme d'aérosols. L'utilisation de vaccins administrés sous forme d'aérosols représente, fait-on remarquer, un nouveau moyen et un moyen pratique de vacciner un grand nombre de personnes. On s'efforcera, entre autres choses, de comparer les effets des vaccinations administrées au moyen de doses de rappel sous forme d'aérosols avec les vaccinations ordinaires.

Les travaux de recherche seront sous la direction du docteur Armand Frappier, directeur de l'Institut de microbiologie et d'hygiène, à l'université de Montréal, et se poursuivront avec la coopération d'un groupe de volontaires. Les fonds fédéraux proviennent de la subvention aux recherches sur l'hygiène publique, prévue par le programme national d'hygiène.

Congrès du Collège international des chirurgiens

(Genève, 23-26 mai 1955)

A l'occasion du vingtième anniversaire de la fondation à Genève en 1935 par le professeur Max Thorek, du Collège international des chirurgiens, dont le président actuel est le professeur R. Nissen, directeur de la Clinique universitaire de chirurgie de Bâle, un congrès sera organisé à Genève du 23 au 26 mai 1955. Un des fondateurs, le professeur A. Jentzer, directeur de la Clinique universitaire de Genève, a été nommé président de ce congrès; les vice-présidents en sont les docteurs J.-H. Oltramare (Genève) et A. Nicolet (Berne). Les thèmes des rapports ainsi que les noms des rapporteurs et conférenciers seront annoncés dans un prochain communiqué. Pour les demandes de rensei-

gnements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat du congrès : rue de la Confédération 6-8, Genève.

Conférenciers à Laval

Le docteur Serge Lebovici, psychiatre et psychanalyste de Paris a présenté à l'Hôpital Saint-Michel-Archange une conférence sur *les indications de la psychanalyse*.

Le professeur Georges Heuyer, titulaire de la chaire de psychiatrie infantile à la Faculté de médecine de Paris a présenté, au cours du mois d'août, 5 conférences au personnel médical de Québec, à l'hôpital Saint-Michel-Archange : *les buts et méthodes de la psychiatrie infantile ; la notion d'opposition dans le développement du caractère de l'enfant ; les grandes lignes du développement psychologique de l'enfant ; la délinquance juvénile*, et enfin *Les déséquilibres affectifs*. De plus, il a présenté aux membres du Club Richelieu une causerie sur *l'enfant et le milieu social*.

Le professeur E. Velter, ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu de Paris, a fait un séjour à Québec en fin de septembre et début d'octobre pendant lequel il a prononcé des conférences médicales à la Faculté et dans les hôpitaux.

À la Faculté, il a parlé *des rapports de l'ophtalmologie avec la neuro-chirurgie puis du diagnostic des tumeurs intra-oculaires et des tumeurs cérébrales par les radio-isotopes*.

De plus, le professeur Velter a présenté dans trois de nos hôpitaux des cliniques à onze heures le matin, soit à l'hôpital du Saint-Sacrement, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Le professeur Cachera, représentant officiel de la France au Congrès des Médecins de Langue française du Canada à Ottawa, est venu à Québec au début d'octobre où il a présenté des conférences médicales devant un auditoire composé de médecins, de professeurs et d'étudiants.

Canadian Paediatric Society

Le docteur de la Broquerie Fortier, directeur du Service de pédiatrie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec et professeur de pé-

diatrie à l'université Laval, a été élu directeur du Comité exécutif national de la *Canadian Paediatric Society*.

Société canadienne d'ophtalmologie

Au cours du dernier congrès de la Société canadienne d'ophtalmologie tenu à Montréal en septembre dernier, les élections ont donné les résultats suivants :

Président : le docteur Percy MacFarlane, de Hamilton

Vice-président : le docteur Henri Pichette, de Québec

Trésorier : le docteur John V. V. Nicholls, de Montréal.

Pierre JOBIN

INFORMATIONS PHARMACEUTIQUES

LA TERRAMYCINE EMPÊCHE LE DÉVELOPPEMENT DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE RÉSISTANT AUX MÉDICATIONS

L'antibiotique, la terramycine, a apporté « une contribution réellement notable » au traitement de la tuberculose en retardant ou en empêchant totalement le développement de bacilles tuberculeux résistant à la streptomycine, selon un rapport du Conseil de pharmacie et de chimie de l'Association médicale américaine.

Dans une étude approfondie faisant le point sur la question du traitement de la tuberculose, le Conseil a souligné le fait que l'apparition chez certains malades de bactéries résistant à l'action de substances telles que la streptomycine et l'isoniazide après que celles-ci aient été utilisées s'est trouvée représenter un obstacle majeur à une victoire totale sur la maladie.

Au cours d'une expérience citée par le Conseil et effectuée à l'hôpital militaire Fitzsimons, à Denver (Colorado), 15 malades s'étaient vus administrer cinq grammes de terramycine par jour et deux grammes de streptomycine tous les trois jours, pendant une période de 120 jours. A la fin de celle-ci, il a été noté que chez chacun des malades encore porteurs de bacilles de la tuberculose, ces microbes étaient restés sensibles à la streptomycine.

Des résultats semblables ont été signalés par l'hôpital pour anciens combattants de Dayton (Ohio) et, selon des expériences plus récentes, il semble possible qu'un seul gramme de terramycine soit éventuellement suffisant pour produire le résultat cherché.

Les médecins qui avaient effectué l'expérience de Dayton, les docteurs Emil Rothstein et Maurice Johnson, ont noté que la thérapeutique à la terramycine et à la streptomycine était préférée par les malades au traitement classique de la streptomycine avec PAS (acide para-aminosalicylique). Le PAS, grandement utilisé au cours de ces dernières années pour contrevenir à la formation d'une capacité de résistance aux médi-

cations chez les bacilles de la tuberculose, cause parfois des réactions physiques déplaisantes. Cependant, la terramycine utilisée en faibles doses, tout en étant aussi efficace que le PAS dans la lutte contre la maladie, ne produit que des réactions connexes « insignifiantes ».

« Un degré élevé de tolérance de la part des malades », en ce qui concerne la terramycine, avait été noté par les médecins de l'hôpital Fitzsimons qui, au cours d'une expérience, avaient administré cinq grammes de l'antibiotique par jour — soit plusieurs fois la dose habituelle — à 66 malades pendant 120 jours. Quatre malades, en plus de ceux-ci, n'avaient pu supporter cette dose ; chez les autres, les effets accessoires n'avaient pas été suffisamment marqués pour entraîner l'arrêt de l'administration de la médication, et ces effets d'ailleurs avaient eu tendance à disparaître après les premières semaines de traitement, selon ce qu'ont déclaré les médecins.

Un rapport qui souligne l'efficacité de la terramycine contre la tuberculose, qu'elle soit prise à ses débuts ou qu'elle soit à l'état chronique, a été publié par trois médecins du *Centre de phthisiologie* d'Angers (France) qui avaient combiné cet antibiotique avec la dihydrostreptomycine et le PAS.

Ce traitement, selon leurs conclusions, avait agi « rapidement et avec une constance notable », coupant la fièvre et arrêtant les progrès rapides de la maladie, état souvent typique des débuts de la tuberculose. Dans le cas de tuberculose chronique, les médecins français avaient trouvé que la thérapeutique en question entraînait une diminution de la fièvre et une amélioration symptomatique avec une rapidité qui semblait « tout à fait spectaculaire ». Ils n'ont noté aucune réaction accessoire d'aucune sorte, même chez des malades dont l'état général était très mauvais.

UN NOUVEL ANTIBIOTIQUE A LARGE SPECTRE D'ACTION

PREMIÈRES EXPÉRIENCES CLINIQUES ÉTENDUES

Selon un rapport sur les premières expériences cliniques étendues effectuées avec le nouvel antibiotique à large spectre d'action, la tétracycline, celui-ci aurait des effets certains dans la lutte contre plusieurs maladies et serait bien supporté par les malades. La médication a été nommée *tétracyne* par les laboratoires Chas. Pfizer & Co., Inc., où elle a été découverte à la suite des recherches qui aboutirent à l'identification de la structure moléculaire de la terramycine.

Se fondant sur le traitement de 179 malades à la tétracycline, dont la majorité souffrait d'infections des voies respiratoires et urinaires, le docteur Maxwell Finland et un groupe de médecins de Boston, écrivait

dans un récent numéro du *Journal de l'Association médicale américaine* : « Les effets antibactériens de la tétracycline ressemblent de très près à ceux de l'oxytétracycline (terramycine) et de la chlortétracycline (auréomycine) et, pour la plupart, sont presque identiques à ceux-ci. »

En outre de leurs conclusions relatives aux effets de la nouvelle médication, le docteur Finland et ses adjoints notent que celle-ci ne semble provoquer que peu de réactions gastro-intestinales. Ils ajoutent que « ces résultats font ressortir l'importance de pousser de nouvelles expériences cliniques avec la tétracycline ».

Selon les Services d'études cliniques de Pfizer, des recherches étendues sur les effets thérapeutiques de la tétracycline sont en cours en Europe, en Extrême-Orient et dans les Amériques en vue d'établir les possibilités d'utilisation de cet antibiotique pour le traitement de maladies diverses. D'après les premiers résultats obtenus, il serait efficace, entre autres, contre la péritonite, la pneumonie et les infections des voies urinaires.

C'est dans un rapport scientifique publié en octobre 1952 que la tétracycline avait été décrite pour la première fois sur le plan chimique. A cette époque, il avait été annoncé, qu'elle possédait un « squelette » chimique de base commun avec la terramycine et l'auréomycine.

NOUVELLES MÉDICATIONS

POUR LE TRAITEMENT RAPIDE DES ULCÈRES

DIFFICILES A GUÉRIR

De diverses régions du monde parviennent des rapports concluants sur l'efficacité rapide de médications nouvelles qui ont été essayées récemment dans la lutte contre les ulcères persistants, qui depuis si longtemps mettent au défi les efforts de la médecine et de la chirurgie.

Quoique le mot « ulcère » ne s'entende généralement qu'en ce qui concerne l'estomac ou les intestins, il s'applique de fait à toute plaie ouverte autre qu'une blessure. Les ulcères se forment dans diverses parties du corps et proviennent de causes variées. Les ulcères gastriques par exemple sont apparemment causés par une sensibilité anormale des muqueuses stomacales ou intestinales aux acides contenus dans les sucs digestifs.

Une irritation chronique causée par des corps étrangers, tels que les vers parasites, peut former des ulcères de la peau. Une pression prolongée sur certaines parties du corps peut avoir le même effet. Dans cet ordre d'idée, on note les plaies qui se forment sur le dos et sur les jambes des malades longtemps alités.

Cependant, les genres d'ulcères les plus répandus sont ceux d'origine infectieuse. Parmi ceux-ci, on compte les ulcérations de la cornée,

la « fenêtre » de l'œil, ceux de la bouche et autres muqueuses, les ulcères « tropicaux » de la peau et les ulcères de divers organes internes.

Les travaux du docteur Garnett Cheney, de l'université Stanford, en Californie, sont typiques des recherches qui se poursuivent actuellement dans la lutte contre les ulcères. Le docteur a rapporté à une réunion de l'Association gastro-entérologique des États-Unis avoir fait usage de petites doses quotidiennes de jus concentré de choux cru dans le traitement d'ulcères gastriques. Sur 100 cas traités de cette façon, a-t-il dit, les douleurs ont disparu en l'espace de cinq jours et les lésions elles-mêmes se sont refermées en moyenne en moins de deux semaines. Il ressort d'expériences précédentes que le jus de choux contient une substance appelée vitamine U qui, apparemment, protège les tissus tapissant les voies digestives contre l'action des acides contenus dans les sucs digestifs.

Les ulcères d'origine infectieuse, comme la plupart des maladies infectieuses, peuvent être traités avec succès grâce aux antibiotiques les plus récents. Parmi les plus dangereux des ulcères dans cette catégorie, on compte ceux qui s'attaquent à la cornée : ils sont l'une des causes principales de cécité.

Les progrès des ulcères de la cornée causés par le bacille pyocyanique peuvent être enrayés par l'emploi de l'antibiotique, la polymyxine B, selon le docteur R. K. Williams et le groupe médical qu'il dirige à la Faculté de médecine de l'université de Virginie. Écrivant dans l'*American Journal of Ophthalmology*, ces médecins déclarent que, se fondant sur l'expérience, la polymyxine B « semble être l'antibiotique de choix dans les cas d'ulcères de la cornée humaine dus au bacille pyocyanique ».

Des études antérieures, effectuées à l'université Kumamoto, au Japon, soulignent l'efficacité de l'antibiotique à large spectre d'action, la terramycine, dans la lutte contre une autre espèce de plaie infectieuse de la cornée, appelée « l'ulcère du serpent ». Écrivant dans le journal médical *Ganka Rinsho-ibo* et dans la publication scientifique américaine *Antibiotics and Chemotherapy*, les savants japonais rapportent que la plupart des ulcères du serpent rencontrés au cours de leurs études ont été guéris entièrement grâce à la terramycine en sept jours ou moins.

L'efficacité du même antibiotique dans le cas de deux malades qui avaient souffert pendant plus de 20 ans d'ulcères chroniques de la bouche, a été décrite devant une réunion de la section britannique de l'Association internationale de Recherche dentaire par le docteur John A. Pedler, de Londres. Des résultats semblables et également encourageants ont été enregistrés par des médecins américains.

L'utilisation de la terramycine, administrée simultanément à deux autres médications, a été couronnée de succès dans le traitement d'ulcères chroniques des jambes, affection qui atteint de nombreuses personnes de plus de 50 ans. Les docteurs I. Robert Spier et Eugene E. Clifton, de New-York, affirment dans la revue médicale *Surgery, Gynecology and Obstetrics* que cette combinaison de médications « a réussi dans de nombreux cas où les méthodes habituelles de notre clinique avaient échoué », apportant un rapide soulagement de la douleur et provoquant la cicatrisation des plaies.
