

# LAVAL MÉDICAL

VOL. 20

N° 2

FÉVRIER 1955

## COMMUNICATIONS

---

### LES INFECTIONS A STAPHYLOCOQUE A LA CRÈCHE SAINT-VINCENT-DE-PAUL \* †

par

Léo GAUVREAU, Donat LAPOINTE et David JACOB

*de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul*

---

Depuis quelques années à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul<sup>1</sup>, nous avons à faire face à une recrudescence considérable de staphylococcies se manifestant sous forme de pyodermites, d'otites, de pleurésies et de broncho-pneumonies. La période de juin à novembre 1952 s'est montrée tout particulièrement alarmante sous ce rapport, car en plus de nombreuses pyodermites (dont nous n'avons pas fait le relevé) nous avons enregistré 34 cas de pneumopathies dont 21 furent mortels, soit 61 pour cent. Nous pourrions ajouter aussi quelques cas de morts par congestions pulmonaires foudroyantes, chez lesquels le rôle dustaphylocoque est fort à suspecter (ces cas n'ont pas été étudiés au point de vue bactériologique sur les pièces d'autopsie).

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 19 février 1954.

† Travail effectué grâce à une subvention du ministère de la Santé et la province de Québec.

1. La Crèche Saint-Vincent-de-Paul, étant un refuge pour enfants attendant l'adoption, ne peut donc pas être considérée comme un milieu hospitalier ordinaire.

Le personnel préposé au soin des enfants n'était pas épargné par cette véritable endémie. Un relevé récent des cas de furonculose survenus parmi les membres du personnel révèle que sur 94 personnes, 36 ont souffert de furonculose et d'abcès depuis leur entrée ici, affection qu'elles n'avaient jamais connue auparavant, sauf pour trois d'entre elles.

En présence d'une situation aussi inquiétante, nous avons entrepris une enquête épidémiologique. Notre travail a consisté dans la recherche des staphylocoques dorés pathogènes, chez les adultes et chez les enfants malades ou porteurs de germes. Le dépistage de ces souches s'est aussi étendu aux locaux où les prélèvements furent faits sur les murs, les planchers, les lits, etc.

#### *Isolement et identification des souches pathogènes :*

Des prélèvements ont été faits au niveau du nez et du pharynx chez l'adulte. Chez les enfants, nous avons en plus fait des prélèvements dans les selles. Chaque échantillon fut inoculé sur milieu sélectif et différentiel de Chapman (3), et incubé à 37°C. pendant 48 heures.

#### *Épreuve de virulence :*

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la très grande majorité des staphylocoques pathogènes sont pigmentés, fermentent le mannitol, coagulent le plasma, lysent les globules rouges de lapin et liquéfient la gélatine. Mais il semble bien, ainsi que l'ont démontré Smith, Hale et Smith (11), et, plus récemment, Selbie et Simon (10), que les deux épreuves de virulence *in vitro* les plus fidèles, c'est-à-dire les plus étroitement parallèles au pouvoir pathogène pour l'animal, soient l'épreuve de la plasma-coagulase et la recherche de l' $\alpha$ -hémolysine. Les autres caractères, tels que la pigmentation, l'hydrolyse de la gélatine et la fermentation de la mannite ne constitueraient tout au plus que des signes de présomption en faveur de l'aptitude pathogène des staphylocoques.

Toutes les souches de staphylocoque doré, isolées au cours de nos recherches (actives ou non sur la mannite), furent soumises aux épreuves de coagulation du plasma. La recherche de l' $\alpha$ -hémolysine fut volontairement omise au cours du dépistage, pour des raisons d'ordre technique.

*Dépistage des staphylocoques :*

Les membres du personnel furent divisés en quatre groupes (I, II, III et IV). Un premier groupe formé du personnel permanent, immédiatement en contact avec les enfants, comprenait les médecins, les infirmières, les religieuses et les aides. Le groupe II comprenait le personnel non permanent et ayant de nombreux contacts avec les enfants : les étudiantes en puériculture, les internes et les aides bénévoles. Un troisième groupe susceptible d'entrer en contact indirect avec les enfants, était formé du personnel préposé à la cuisine, la buanderie, la lingerie, etc. Enfin, un quatrième groupe, le personnel auxiliaire n'ayant en principe aucun contact avec les enfants.

On peut voir (tableau I) que dans le premier groupe comprenant 34 sujets, 24, soit 70 pour cent ont donné des cultures positives. Des staphylocoques dorés furent retrouvés 18 fois dans le nez et 13 fois dans

TABLEAU I

*Porteurs de germes chez les adultes et les enfants*

GROUPES	NOMBRE ET POURCENTAGE DE CULTURES POSITIVES	INCIDENCE	POURCENTAGE DES PLASMA- COAGULASES
I (34).....	24 (70%)	Nez 18 Gorge 13	90%
II (103).....	66 (65%)	Nez 42 Gorge 32	85%
III (45).....	29 (64%)	Nez 19 Gorge 15	88%
IV (13).....	8 (61%)	Nez 4 Gorge 7	100%
Enfants — 2 <sup>e</sup> étage (171)...	167 (97%)	Nez 135 Gorge 131 Selles 149	96%

la gorge. Dans ce groupe l'incidence des staphylocoques pathogènes était de 90 pour cent.

Le groupe II, formé de 103 sujets, compte 66 (65 pour cent) porteurs de germes. Ici, les cultures furent positives 42 fois dans les sécrétions du nez et 32 fois dans les sécrétions de la gorge, avec 85 pour cent de sources pathogènes.

Dans le groupe III, comprenant 45 sujets, 29 étaient porteurs, soit 64 pour cent ; on trouvait 19 cultures positives dans les sécrétions du nez et 15 dans les sécrétions de la gorge, avec une proportion de souches pathogènes de 88 pour cent.

Enfin, dans le dernier groupe, sur 13 sujets, 8 seulement (61 pour cent) étaient porteurs de staphylocoques avec 100 pour cent de souches pathogènes.

Sur 171 enfants examinés, 167 (97 pour cent) donnèrent des cultures positives avec une incidence très marquée dans les selles et une proportion de souches pathogènes de 96 pour cent.

Des examens bactériologiques pratiqués sur 37 nouvelles étudiantes en puériculture, à leur entrée, donnèrent 19 cultures négatives, soit 51 pour cent, et 18 positives ; ces dernières ne donnant que quelques colonies de staphylocoque doré pathogène. Après un deuxième examen de contrôle, pratiqué deux semaines plus tard, 6 des 19 négatives à l'entrée étaient devenues positives. Ce qui fait que 15 jours après leur arrivée dans la maison, 32 pour cent seulement étaient encore négatives.

#### *Sensibilité aux antibiotiques :*

Des épreuves de sensibilité aux antibiotiques furent effectuées dans les différents groupes sur un total de 160 souches. Toutes les épreuves furent faites par la méthode des dilutions en tubes en utilisant la pénicilline, la streptomycine, l'auromycine, la terramycine et la chloromycétine pour les différents groupes d'enfants. La streptomycine fut omise dans le groupe des adultes. Aussi, pour simplifier la statistique, toutes les souches étudiées furent divisées en deux catégories : sensibles et résistantes.

TABLEAU II

*Sensibilité aux antibiotiques dans les différents groupes*

GROUPES	PÉNICIL- LINE	STREP- TO- MYCINE	AURÉO- MYCINE	TERRA- MYCINE	CHLORO- MYCÉTINE
Infections chez les enfants (34)....	15%	56%	47%	39%	85%
Enfants porteurs.....(50)....	46%	60%	62%	50%	64%
Groupe I.....(16)....	75%	....	87%	87%	93%
Groupe II.....(39)....	64%	....	76%	79%	90%
Groupe III.....(16)....	75%	....	81%	81%	100%
Groupe IV.....(5)....	80%	....	100%	100%	100%

Si on compare (tableau II) le pourcentage de la sensibilité aux antibiotiques des souches isolées chez les enfants malades d'une part, et chez les différents groupes de porteurs de germes d'autre part, sans tenir compte du pourcentage donné par la chloromycétine, on remarque que les souches isolées chez les enfants malades offrent un pourcentage de sensibilité nettement inférieur à celui des porteurs de germes et tout particulièrement en ce qui regarde la pénicilline. En effet, chez les porteurs enfants, le taux de sensibilité à l'égard de cet antibiotique est trois fois supérieur à celui des enfants malades. Ce taux augmente légèrement chez les porteurs adultes en proportion inverse de la fréquence des contacts de ces derniers avec les enfants.

*Lysotypes :*

La forte incidence de souches pathogènes parmi les membres du personnel et tout particulièrement chez les sujets préposés au soin des enfants suggérerait la possibilité de la transmission des germes par les porteurs adultes. Afin de vérifier cette hypothèse, 231 souches de staphylocoques dorés pathogènes prélevées tant chez le personnel que chez les enfants furent expédiées au Laboratoire provincial, à

Montréal, pour être typées par les bactériophages. Le choix des souches a porté surtout sur les staphylocoques isolés parmi le personnel et les enfants de l'étage où l'infection a toujours prédominé. Une seule souche fut typée pour chaque individu (nez, gorge ou selles) en sélectionnant de préférence l'échantillon qui avait donné la culture la plus abondante.

Le tableau III représente la distribution de différents lysotypes isolés parmi le personnel et les enfants. Dans 130 infections à staphylocoques survenues chez les enfants, 61 (46 pour cent) des souches isolées appartenaient au type 47-D et 39 (30 pour cent) au type 47-C. Le type 52 ne fut retrouvé que dans 8 cas, soit 6 pour cent. Dans le groupe des enfants porteurs, c'est encore le type 47-D qui prédomine avec 20 souches sur 41, soit 49 pour cent ; ce type est suivi du type 52, alors que le type 47-C, le deuxième en importance dans les infections, n'a pas été retrouvé une seule fois.

Chez les adultes du groupe I (personnel permanent préposé au soin des enfants) sur 20 sujets, le type 47-D prédominant dans les infections des enfants ne fut retrouvé qu'une seule fois, et le type 47-C faisait totalement défaut. Dans ce groupe, la prédominance se retrouve au lysotype 52, comme dans le groupe II où on voit réapparaître les types 47-C et 47-D. (Notons ici que les types 47-C furent isolés du nez seulement.) Enfin dans les deux derniers groupes n'ayant que des contacts intermédiaires avec les enfants, le type 47-C est encore absent, alors que le type 47-D apparaît dans le groupe III seulement, distribué parmi de nombreux autres types. Et si on fait la somme des quatre groupes adultes, on remarque que les trois types prédominants correspondent aux types prédominants chez les enfants, mais dans un ordre différent.

Si on compare les lysotypes (tableau IV) isolés chez les enfants malades et porteurs d'une part et chez les adultes infectés et porteurs d'autre part, on note que le type 47-D prédomine dans les infections chez les enfants et les adultes ainsi que chez les enfants porteurs, alors que chez les adultes porteurs la prédominance revient au type 52. Quant au type 47-C, le deuxième en importance tant dans les infections chez l'adulte que chez l'enfant, il est inexistant chez les enfants porteurs et rare chez les adultes porteurs.

TABLEAU III

Répartition des différents lysotypes parmi le personnel et les enfants

GROUPES	LYSOTYPES														
	N.T.*	3-B	3-C	6	7	29	44-A	42-C	47	47-C	47-D	52	53	54	42-D
Enfants : infections (130).....	16	..	..	2	..	..	..	..	3	39 (30%)	61 (46%)	8 (6%)	1	..	..
Enfants : porteurs (41).....	3	1	1	2	..	1	..	..	1	..	20 (49%)	12 (19%)	..	..	..
Adultes : Gr. I (20).....	2	1	3	1	1	..	1	..	..	..	1 (5%)	10 (50%)	..	..	..
Adultes : Gr. II (47).....	10	1	1	1	..	3	1	..	..	4 (8%)	11 (23%)	14 (30%)	..	..	1
Adultes : Gr. III (15).....	3	1	1	..	1	2	1	..	1	..	3	3	..	..	..
Adultes : Gr. IV (8).....	1	..	..	..	..	1	..	1	2	..	..	2	..	1	..
Total des spécimens adultes (80)...	10	3	5	2	2	6	2	1	3	4 (5%)	10 (18%)	29 (36%)	..	1	1

\* N.T. : non typables

TABLEAU IV

Distribution des lysotypes parmi les enfants et adultes malades et porteurs

Enfants malades (130).....	16	..	..	2	..	..	..	..	3	39 (30%)	61 (46%)	8 (6%)	1	..	..
Enfants porteurs (41).....	3	1	1	2	..	1	..	..	1	..	20 (49%)	12 (19%)	..	..	..
Adultes malades (31).....	4	1	..	1	..	..	..	1	..	5 (16%)	15 (48%)	4 (12%)	..	..	..
Adultes porteurs (80).....	10	3	5	2	2	6	2	1	3	4 (5%)	10 (18%)	29 (36%)	..	1	1

*Sensibilité aux antibiotiques suivant les différents types :*

Dans un cinquième tableau, nous avons essayé de comparer les antibiogrammes des différents lysotypes afin de déterminer s'il existe une relation entre le type et la sensibilité aux antibiotiques. Pour fin de démonstration nous avons choisi les cinq types les plus fréquemment rencontrés (tableau V) et nous avons comparé leur sensibilité à l'égard de trois antibiotiques : la pénicilline, la terramycine et l'auréomycine.

TABLEAU V

*Lysotypes : sensibilité aux antibiotiques*

ANTIBIOTIQUES	29	47	47-C	47-D	52
Pénicilline.....	.....	.....	1	.....	2
Terramycine et auréomycine.....	1	2	5	8	2
Pénicilline et auréomycine.....	..	..	1	...	4
Auréomycine.....	..	..	1	...	...
Sensible à tous.....	5	1	3	4	8
Résistant à tous.....	..	1	...	8	1
TOTAL.....	6	4	11	20	17

On peut voir d'après ce tableau que pour un type donné, l'antibiogramme est extrêmement varié. Ainsi, dans le cas du type 47-D, nous avons autant de souches résistantes à tous les antibiotiques que de souches sensibles à l'auréomycine et à la terramycine ; et, ce même type comporte des souches sensibles aux trois antibiotiques.

Il en est de même pour les types 47-C et 52 où on observe à peu près toutes les variantes depuis la sensibilité à tous les antibiotiques utilisés jusqu'à la résistance à tous. De plus, un autre fait qui mérite de retenir notre attention est que les seules souches, résistantes à tous les antibiotiques éprouvés, ont été isolées chez les enfants malades, où on en

trouve 8 pour cent et chez les porteurs de germes enfants, où on en trouve 5.8 pour cent. Chez les porteurs de germes adultes, toutes les souches étaient sensibles à au moins un antibiotique.

*Pouvoir toxigène des différents lysotypes :*

Parmi les souches isolées chez les infectés du poumon, 27 furent typées. Si on ne tient pas compte des souches non typables (quatre souches) il est à remarquer que deux types seulement se partagent presque exclusivement cette localisation. Exception faite du type 47 qui ne fût retrouvé qu'une seule fois, les deux seuls types isolés dans ces cas furent les types 47-C et 47-D.

Ces constatations nous ont donc incité à rechercher si ces types ne jouiraient pas d'une aptitude toxigène plus marquée que les autres lysotypes par des titrages de l' $\alpha$ -hémolysine.

TABLEAU VI

*Pouvoir toxigène des trois principaux types*  
(exprimé en unités hémolytiques Burnet)

TYPES	PORTEURS	PYODERMITES	POUMONS
47-D.....	M : 883 (320-2048)	M : 660 (0-1280)	M : 696 (0-2560)
47-C.....	M : 300 (64-512)	M : 629 (160-2560)	M : 637 (128-2560)
52.....	M : 1009 (128-5120)	M : 1120 (0-5120)	M : .....

Chaque souche fut éprouvée après culture d'une semaine en gélose molle d'après la méthode préconisée par Burnet (2). Les résultats obtenus apparaissent au tableau VI, où les titres toxiques moyens et extrêmes de chaque groupe de lysotypes sont exprimés en unités hémolytiques Burnet (2). Pour fin de comparaison, trois types (47-D, 47-C et 52) seulement ont été réunis et chacun fut réparti en trois groupes suivant la provenance des souches : porteurs de germes, abcès et pyoder-

mites, et pneumopathies. On peut voir ici que si les types 47-D isolés des cas de pneumopathies ont un pouvoir toxigène à peine supérieur aux souches homologues isolées des pyodermites, cette aptitude demeure tout de même sensiblement moins marquée que celle des souches provenant des porteurs de germes. Dans le cas des types 47-C, nous obtenons des titres moyens et extrêmes nettement plus élevés avec les souches isolées de produits pathologiques, mais on ne note aucune différence appréciable entre les souches provenant d'abcès et les souches provenant de pneumopathies. Quant aux types 52, retrouvés chez les porteurs de germes et dans les cas de pyodermites seulement, les titres sont égaux dans les deux cas et supérieurs aux titres obtenus avec les types 47-C et 47-D d'origine pulmonaire.

#### *Dépistage du staphylocoque dans les locaux :*

Des prélèvements furent faits dans six dortoirs d'enfants, sur les planchers, les murs, les fenêtres et les lits.

Des boîtes de Petri garnies de gélose Chapman furent exposées à la contamination de l'air pendant 15 minutes. Dans les quatre dortoirs où nous avons recherché les germes aéroportés, nous avons isolé du staphylocoque doré pathogène.

Dans les deux autres dortoirs où les prélèvements furent faits sur les murs, planchers, fenêtres et lits, soit huit prélèvements en tout, trois seulement ont fourni des cultures positives, soit sur un lit et les deux planchers.

#### DISCUSSION

Si on compare le taux de contamination du personnel de notre milieu (67 pour cent) avec les chiffres obtenus par d'autres travailleurs, ce personnel compte parmi les plus contaminés. Dans une revue complète de la littérature de 1937 à 1942, Miles et ses collaborateurs (9) trouvent une incidence de porteurs de germes adulte allant de 22 à 45 pour cent. Plus récemment, Laurell et Wallmark (7) travaillant dans un hôpital d'enfants ont rapporté une incidence de porteurs adultes de 92.2 pour cent. Quant aux enfants, ils forment le groupe le plus lourdement contaminé rapporté jusqu'ici, puisque 97 pour cent étaient des

porteurs. Ces chiffres se comparent toutefois à ceux de Cunliffe (4) et de Laurell et Wallmark (7), soit respectivement 96 et 87.9 pour cent.

L'incidence de staphylocoques dorés plus marquée dans le nez que dans la gorge, s'accorde avec les données des autres travailleurs qui ont étudié la question.

Contrairement aux résultats obtenus par Forbes (5), Laurell et Wallmark (8), Barber et ses collaborateurs (1), les données recueillies dans notre milieu au cours de cette enquête, ne semblent accorder aux porteurs adultes qu'un rôle secondaire dans la transmission de l'infection staphylococcique. Si on considère : 1°, que le pourcentage des porteurs de germes augmente en proportion directe des contacts avec les enfants et de la durée du service dans les milieux hospitaliers ; 2°, que six des dix-neuf étudiantes négatives à leur entrée sont devenues positives dans les quinze jours qui suivirent leur admission ; et, enfin, 3°, que de nombreuses infections staphylococciques apparaissent chez ces mêmes individus, demeurés jusque-là indemnes, il semble plus juste de considérer les enfants comme le principal réservoir de l'infection, d'autant plus que c'est chez ces derniers que l'on retrouve le plus grand nombre de souches pathogènes.

De plus, les épreuves de sensibilité aux antibiotiques, effectuées sur 160 souches de staphylocoque doré, montrent, exception faite pour la chloromycétine, que les souches provenant d'infections offrent une résistance aux antibiotiques nettement plus marquée que les souches isolées des porteurs de germes. D'autre part, on ne note pas d'augmentation appréciable de la sensibilité dans les différents groupes d'adultes. En effet, parmi le personnel éloigné des enfants, le taux de sensibilité est à peu près identique à celui des groupes d'adultes préposés aux soins des derniers. Or, pour reconnaître un rôle primordial à la contamination rhinopharyngée dans la propagation de l'infection, ne faudrait-il pas que le taux de sensibilité des souches isolées tant chez les enfants malades que chez les porteurs adultes, et tout particulièrement parmi le personnel du groupe I, soit à peu près le même ?

Plusieurs auteurs tels que Gillespie *et al.* (6), Miles *et al.* (9), Laurell et Wallmark (7), Vogelsang (12), Williams (13) situent la principale source de staphylocoques dans le rhinopharynx. Ainsi, Williams (13)

rapporte que chez la majorité des porteurs examinés, les staphylocoques isolés des téguments étaient du même type que les staphylocoques isolés du nez. Miles et ses collaborateurs (9) ont pu démontrer que chez 14 sujets sur 16 les souches isolées de la peau et du nez étaient identiques, mais ils n'ont pu établir de relations entre l'état de contamination nasale et les infections staphylococciques. Bien que nous n'ayons pas recherché les staphylocoques sur les téguments de nos sujets, nos résultats concordent bien avec ceux de ces derniers.

Si on considère les résultats du typage par les bactériophages, il est intéressant de noter que s'il existe une certaine corrélation entre les infections et l'état de contamination rhinopharyngée des enfants, cette corrélation n'est pas suffisante pour permettre d'établir une relation de cause à effet, entre ces deux états, et de considérer le rhino-pharynx comme la principale source d'infection. On remarque, en effet, que le type 47-D prédominant chez les enfants malades et porteurs de germes, ainsi que chez les adultes infectés, non seulement arrive en second chez les adultes porteurs mais se retrouve seulement dans la proportion de cinq pour cent dans le groupe I du personnel permanent (tableau III). De plus, dans les deux groupes d'adultes les plus importants, c'est le type 52 qui prédomine alors qu'il n'arrive qu'en troisième lieu dans les infections chez l'enfant comme chez l'adulte et fait totalement défaut dans les infections pulmonaires. Quant au type 47-C, retrouvé dans 30 pour cent des infections chez les enfants et 16 pour cent des infections de l'adulte, il fait complètement défaut chez les enfants porteurs de germes et les adultes du premier groupe, et ne fut retrouvé que chez huit pour cent des adultes du deuxième groupe. Ajoutons que, dans les cinq cas d'infections staphylococciques (comprenant quatre abcès et une broncho-pneumonie) où des prélèvements de gorge ou de nez ont été faits, les cultures ont donné des types différents de ceux qui furent retrouvés dans les foyers infectieux.

L'étude comparative des différents lysotypes isolés dans notre milieu, en ce qui concerne la sensibilité aux antibiotiques et le pouvoir toxicogène, démontre bien que ces types, loin de constituer des groupes homogènes, peuvent comporter autant de mutants qu'il y a d'arrangements possibles avec les antibiotiques connus, et qu'il n'existe aucun

rapport entre l'antibiogramme d'une souche donnée et le lysotype. Pour ce qui regarde le pouvoir toxigène, il semble bien qu'on puisse rencontrer toutes les variantes au sein d'un même type.

Mais quant à la relation possible entre l'aptitude toxigène et la gravité de la maladie, si elle ne peut s'établir dans les cas qui nous intéressent (en raison des conditions dans lesquelles nous avons opéré), nous devons nous garder d'éliminer tout facteur toxique dans la pathogénie de ces infections. Car, en effet, si la plupart des souches ont été éprouvées presque dès l'isolement, un certain nombre n'ont été soumises à l'épreuve de toxigénèse qu'après avoir végété plus ou moins longtemps sur milieu d'entretien. D'ailleurs, nous ne voyons aucune raison pour que les souches provenant d'infections graves ne possèdent pas un pouvoir toxigène sinon supérieur, du moins égal aux souches isolées chez les porteurs sains.

C'est pourquoi nous nous proposons de reprendre cet aspect du problème dans des conditions rigoureusement contrôlées, en raison de l'importance qu'il peut présenter dans le traitement de ces infections.

#### RÉSUMÉ ET CONCLUSION

1. Le taux de contamination rhino-pharyngée du personnel (67 pour cent) et des enfants (97 pour cent) compte parmi les plus élevés.
2. Deux lysotypes (47-D et 47-C) se partagent la majeure partie des infections.
3. Il n'y a pas de rapport entre l'antibiogramme et le lysotype.
4. Il semble exister un parallélisme entre la gravité des infections et le lysotype, mais non pas entre la toxigénèse et le lysotype ni entre la toxigénèse et la gravité de l'infection.
5. Le typage par les bactériophages démontre qu'il n'existe qu'une certaine relation entre les infections et l'état de contamination rhino-pharyngée (porteurs de germes). Cette faible relation n'est cependant pas démontrée par l'étude des antibiogrammes.
6. Nous devons conclure que, malgré la forte incidence des porteurs de germes, les staphylocoques présents dans le rhino-pharynx ne peuvent être à l'origine des infections que pour une faible part et que la transmission des germes se ferait, dans la grande majorité des cas, plutôt

par les mains du personnel qui passe des enfants infectés aux enfants sains sans avoir toujours le temps de prendre les mesures d'asepsie nécessaires. Ajoutons, en deuxième lieu, la surpopulation qui rend parfois impossible l'isolement des infectés du poumon lesquels propagent largement l'infection par la toux.

#### REMERCIEMENTS

Nous tenons à témoigner toute notre reconnaissance à M<sup>lle</sup> Thérèse Ouellet et au personnel de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul pour leur généreuse collaboration au cours de ce travail.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BARBER, M. *et al.*, *Lancet*, **2** : 1120, 1949.
2. BURNET, F. M., *J. Path. & Bact.*, **34** : 471, 1931.
3. CHAPMAN, G. H., *J. Bact.*, **50** : 201, 1945.
4. CUNLIFFE, A. C., *Lancet*, **2** : 411, 1949.
5. FORBES, G. B., *Brit. Med. J.*, **2** : 569, 1949.
6. GILLESPIE, E. H., *et al.*, *Lancet*, **2** : 870, 1939.
7. LAURELL, G., et WALLMARK, G., *Acta path. et microbiol. scandinav.*, **32** : 424, 1953.
8. LAURELL, G., et WALLMARK, G., *Acta path. et microbiol. scandinav.*, **32** : 438, 1953.
9. MILES, A. A., *et al.*, *J. Path. & Bact.*, **56** : 513, 1944.
10. SELBIE, F. R., et SIMON, D. S., *Brit. J. Exper. Path.*, **33** : 315, 1952.
11. SMITH, W., *et al.*, *Brit. J. Exper. Path.*, **28** : 57, 1947.
12. VOGELSANG, T. M., *Acta path. et microbiol. scandinav.*, **33** : 301, 1953.
13. WILLIAMS, R. E. O., *J. Path. & Bact.*, **58** : 259, 1946.

#### DISCUSSION

Le docteur Donat Lapointe ajoute les renseignements suivants ;

La Crèche Saint-Vincent-de-Paul a subi l'assaut d'un adversaire peu réductible.

En 1951, le taux de mortalité était de 5 pour cent. En 1952, il était monté à 9 pour cent, et les staphylocoques ont été reconnus responsables. Avec la collaboration du laboratoire, on a pu identifier et combattre le mal, pour ramener le taux de mortalité à 4 pour cent en 1953. On a fabriqué des vaccins avec des souches jeunes de différents types. On a vacciné les enfants peu après leur naissance et on a utilisé de l'anatoxine. En renforçant en plus les autres moyens de prévention, en augmentant le personnel des infirmières et des garde-bébés, on a vu diminuer la fréquence des pyodermites et des pneumopathies.

Le docteur J.-Édouard Morin apprécie hautement le travail énorme du docteur Gauvreau et le compare à celui du docteur Hare, de Londres qui, au *St. Mary's Hospital*, eut à faire face à une épidémie de complications streptococciques transmises par des porteurs de germes aux blessés de Dunkerque, comme il arrivait dans les maternités d'autrefois.

Le docteur Morin nous annonce pour bientôt les résultats d'une enquête semblable sur les infections gangréneuses dans les hôpitaux de Québec. Il souligne les résultats pratiques des travaux du docteur Gauvreau qui ont mis en évidence qu'il s'agissait d'un foyer endémique à l'institution et qu'on ne pouvait incriminer des porteurs de germes adultes, que le cache-bouche ne suffisait pas et qu'il fallait augmenter les précautions dans les manipulations. Les vaccins préparés en même temps ont donné des résultats remarquables. Cette contribution est importante, tout comme l'a été celle qui, en collaboration avec l'équipe de Montréal, s'est attaquée au problème de la coqueluche.

Le docteur de la Broquerie Fortier mentionne que cet assaut des staphylocoques n'est pas particulier à la Crèche, et qu'à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, on a maille à partir avec le staphylocoque doré depuis un an et demi. Pour corroborer ce qui a été remarqué ici en matière d'antibiothérapie, on a l'impression que l'Erythrocline et la Chloromycétine agissent dans les  $\frac{4}{5}$  des cas, mais que les autres antibiotiques sont inopérants.

Le docteur Lucien Rinfret suggère de donner du plasma, parce que dans ces cas, l'épanchement pleural doit entraîner de l'hémoconcentration.

Le docteur Gagné demande si l'épanchement pleural ne serait pas cliniquement indécélable, ou s'il ne s'agirait pas de maladies différentes,

tant sont nets dans les cas qu'il a observés, la relation des abcès avec la plèvre et leur isolement des voies bronchiques.

Le docteur Gauvreau prétend qu'on en demande trop aux antibiotiques qui n'ont pas d'action sur les nombreuses variétés de toxines sécrétées par les microbes : toxines léthales, plasmo-coagulases, fibrinolysines, etc. Les antitoxines présentes à la naissance disparaissent en trois semaines . . . On a remarqué que c'est entre trois semaines et un mois que le taux de mortalité était le plus élevé. En plus de l'autovaccin, il faut donner précocement de l'antitoxine. Les lésions pulmonaires s'expliquent mieux par l'effet toxique de l'infection.

On estime qu'un traitement qui donnerait 50 pour cent de résultat dans les cas présents, serait considéré comme un très beau résultat.

Le docteur E. Gaumont, pour clore cette discussion, mentionne que l'abus des antibiotiques augmente la fréquence des staphylococcies. Les antibiotiques ne vaccinent pas et on a trop négligé les moyens pasteurisants d'aguerrir les malades. Si au moins, dans les infections légères, on substituait le vaccin et l'anatoxine, on aurait la chance de supprimer bien des sources de contagion. Il y a longtemps qu'on traite et qu'on guérit des staphylococcies. Les antibiotiques nous ont fait oublier les thérapeutiques d'autrefois : par exemple, les injections intraveineuses de cyanure de mercure et les sels de cuivre, qui donnaient des résultats favorables dans des staphylococcies désespérantes par leur chronicité, sont encore capables d'agir.

Le docteur François Gagné a remarqué à l'autopsie des enfants morts de staphylococcie pulmonaire à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, que la lésion principale était presque toujours une pleurésie foudroyante unilatérale, avec épanchement séro-purulent sale, parfois secondaire à une otite ou à une angine, mais plus souvent d'apparence primitive. L'envahissement pulmonaire ne se fait pas à partir des bronches comme on avait l'habitude de constater, mais à partir des plèvres. Il se fait une infiltration et une nécrose par les travées conjonctives des espaces interstitiels et des thromboses veineuses qui sont le point de départ d'abcès.

Le docteur François Roy est d'avis qu'en matière de pleurésie purulente on a pris la tendance de continuer trop longtemps le traitement médical et que la chirurgie a encore ses indications. Il a eu connaissance

de deux cas à l'Hôtel-Dieu dont l'un est mort sans opération et dont l'autre a été sauvé par la chirurgie.

Le docteur J.-E. Morin pense que c'est à cause de la faible quantité de l'épanchement pleural qu'on n'opère pas plus souvent.

Le docteur Roland Desmeules signale le cas d'un sujet hospitalisé durant plus de deux ans à l'Hôpital Laval pour une tuberculose ganglio-pulmonaire bénigne et un abcès pulmonaire à staphylocoque doré. On a réussi à le maintenir en vie jusqu'à il y a un mois, en utilisant tout l'arsenal thérapeutique médical et chirurgical : antibiotiques à haute dose, entre autres la Magnamycine, transfusions, autovaccins, etc. A l'autopsie, on a retrouvé des abcès partout.

Ce qui est remarquable dans son cas, c'est le manque de concordance entre l'antibiogramme et les résultats thérapeutiques obtenus. Les microbes étant sensibles à la Chloromycétine, l'infection n'a pas été influencée par l'usage thérapeutique de ceux-ci, tandis qu'elle a réagi favorablement aux hautes doses de Pénicilline vis-à-vis laquelle les microbes se montraient résistants au laboratoire.

Le docteur Antoine Larue rapporte qu'en clinique, la maladie ne se présente pas ici comme dans les autopsies rapportées de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. La maladie commence par une pneumopathie typique avec râles, submatité, etc. Les frottements et le liquide pleuraux apparaissent plus tard. Les radiographies initiales ne montrent pas de liquide pleural mais une atteinte pulmonaire. On a fait des ponctions blanches et créé des pneumothorax artificiels. On n'a pas observé ici de pleurésie isolée, mais seulement des pleurésies secondaires à une atteinte pulmonaire.

Le docteur Donat Lapointe précise que chez l'enfant, l'évolution de la pleurésie varie beaucoup avec l'âge. A un mois, la pleurésie est très brutale et évolue plus rapidement en 24 à 36 heures avant que le liquide soit devenu purulent. On n'a pas le temps de traiter le bébé à cause de sa sidération. Si l'épanchement est très abondant, la mort survient avant qu'on ait le temps de drainer. S'il y a survie et qu'on draine au bout de deux ou trois jours, la mort suit en quelques heures. Si on attend six ou sept jours pour intervenir après l'organisation de la défense locale, on a plus de chance de sauver l'enfant.

## OBSERVATION D'UN JEUNE INCENDIAIRE \*

(un pseudo-pyromane)

par

Dominique BÉDARD et Louis BOURGOIN

de la Clinique Roy-Rousseau

On désignait autrefois sous le nom générique d'impulsions xénopathiques toute une série de réactions morbides qui étaient décrites comme des maladies particulières. Ainsi, la pyromanie (*impulsion au feu*), la kleptomanie (*impulsion au vol*), la dromomanie (*impulsion à la fugue*), la dipsomanie (*impulsion à la boisson*), etc., étaient en quelque sorte considérées comme des entités cliniques. Magnan avait formulé les caractéristiques de l'obsession-impulsion : la lutte angoissante, l'irrésistibilité, le soulagement après l'action. Mais aujourd'hui ces anomalies ont plutôt la valeur de symptômes observés au cours de nombreux états psychopathiques. Ce sont des actes de déments, de schizophrènes, de délirants aigus ou chroniques, d'épileptiques, de débiles, d'hystériques, de déséquilibrés divers.

En dépit du caractère manifestement symptomatique de ces réactions, plusieurs auteurs contemporains veulent qu'elles soient quand même des affections autonomes dans certains cas, ne serait-ce qu'exceptionnellement. Il s'agit notamment de cas de kleptomanie et de pyromanie. Leur psychopathogénie est d'ailleurs mal précisée. On invoque

\* Présenté à la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec, le 8 octobre 1954.

une étiologie sexuelle, s'appuyant sur le fait que le soulagement après l'action s'accompagne souvent d'orgasme, ou encore sur cet autre fait que de telles impulsions se rencontrent à peu près constamment à une période d'altération ou de perturbation génitale, comme la puberté, l'époque menstruelle, la grossesse, la ménopause, l'impuissance, la frigidité.

L'observation qui nous intéresse étant celle d'un incendiaire, nous nous limiterons au problème de la pyromanie.

Disons tout de suite que dans son sens strict, la pyromanie désigne le trouble caractérisé par le besoin irrésistible de provoquer des incendies sous l'influence du mécanisme psychopathologique de l'obsession-impulsion.

Entendue dans ce sens précis, la pyromanie n'est pas admise par tous les auteurs. Morel disait :

« J'ai vu des actes incendiaires commis par des imbéciles, des idiots, des hystériques, des épileptiques et constituant soit des faits d'imitation, soit des actes de vengeance, ou encore des manifestations dont les individus n'avaient pas mémoire, comme cela arrive aux épileptiques. Quant à ce qui est de la pyromanie proprement dite, j'affirme n'en avoir rencontré aucun cas, ni même m'en faire une idée. »

Lasèque n'y croyait pas non plus. On est surpris aussi de constater qu'un bon nombre d'auteurs de manuels de psychiatrie ou d'ouvrages traitant de criminologie ne font que mentionner la pyromanie, quand ils ne l'ignorent pas complètement.

Parmi les auteurs récents qui en ont parlé, Borel se montre radical et singulièrement violent :

« Les incendies volontaires, comme la justice les nomme avec raison, sont en effet fréquents et n'ont jamais leur cause dans une obsession. Il serait encore curieux de voir ces obsédés ne faire brûler que ce qui appartient aux autres. La vengeance est le mobile de l'incendie volontaire. La main qui met le feu n'obéit pas en tremblant à une volonté submergée par l'angoisse ; elle satisfait un sentiment de haine ou de dépit, éclos avec facilité dans une mentalité susceptible et vindicative. Mais il y faut une complète amoralité ; l'action révèle au mieux le manque total d'altruisme qui caractérise le pervers. »

Claude reconnaissait l'impulsion pyromaniaque mais il faisait cette prudente restriction « qu'il est difficile de démêler la part qui revient

réellement à l'obsession et celle qui relève de ces états d'insuffisance psychique ou de certaines conditions psychopathiques qui sont toujours à rechercher ». Arnaud, qui croyait aux pyromanes, les trouvait cependant rusés, dissimulés, menteurs.

Certains auteurs, comme Kanner et Yarnell, conçoivent le mécanisme de l'acte pyromaniaque sous l'angle psychanalytique, quand il s'agit en particulier d'enfants ou d'adolescents. Pour eux, ces délits sont l'expression symbolique de conflits psychologiques d'origine libidineuse : l'enfant met le feu pour satisfaire le désir inconscient de supprimer quelque membre hostile de sa famille, celui par exemple qu'il croit responsable de lui avoir dérobé l'affection de son père ou de sa mère, celui encore qu'il considère comme un dangereux rival par la place qu'il occupe dans le cœur de ses parents. L'acte incendiaire correspond ici à la réalisation d'un besoin affectif impérieux trouvant sa motivation dans l'inconscient. Cette conception peut facilement servir d'excuse au jeune délinquant, mais elle reste extrêmement arbitraire.

Passons maintenant à notre observation personnelle. Il s'agit d'un adolescent de quinze ans, que nous appellerons Armand, accusé d'incendiat et confié au Service de réadaptation sociale, pour investigation.

Voici les faits rapportés par l'enquête judiciaire. Dans une localité rurale sise dans la région du bas du fleuve Saint-Laurent, de la mi-juillet à la mi-septembre 1953, a sévi une véritable épidémie d'incendies qui affectèrent la terre à bois et les bâtiments des voisins de la ferme familiale de l'adolescent ci-haut mentionné. Une première série de huit feux ont été successivement allumés sur une terre à bois ayant déjà subi la coupe. Ces feux n'étaient cependant que des feux de broussailles qu'un travail de quelques hommes a suffi à contrôler rapidement. Ils ne couvraient qu'une faible étendue de terrain et n'ont causé aucune menace sérieuse de propagation à la forêt. Mais les feux suivants furent plus importants. Trois granges furent rasées par les flammes, causant des pertes considérables dont plusieurs animaux. Deux de ces granges furent incendiées le même jour. Puis un dernier feu, sans conséquences graves, a été allumé cette fois sur la propre terre des parents de l'inculpé.

C'est une lettre de menace écrite de la main d'Armand et adressée à l'un des sinistrés qui a fait découvrir à la police que ce dernier était bien

l'auteur des incendies. Traduit devant le tribunal, Armand avoua et fut provisoirement conduit à la prison pour une quinzaine de jours. En raison de son jeune âge et du caractère possiblement pathologique de ce comportement, la Cour confia d'abord le cas à un Service social de la région puis au Service de réadaptation sociale de Québec où fut poursuivie une première investigation.

Voici un résumé de son observation au Service de réadaptation sociale de Québec. On ne connaît aucun antécédent psychopathique dans la famille d'Armand. Il est fils de cultivateurs et le neuvième d'une famille de quatorze enfants en bonne santé. Il a reçu une éducation sévère et on s'est abstenu de le renseigner en matière sexuelle. Le père est particulièrement rigide. Il est porté à prendre Armand en défaut et l'a souvent battu quand il était plus jeune. Armand a cessé de fréquenter l'école à quatorze ans pour travailler avec son père et sur les fermes du voisinage. Il avait complété sa septième année et ne manquait pas de talent. Il aurait toujours eu un comportement normal et rien ne laissait prévoir ce qui allait arriver. Il n'a jamais été sérieusement malade. On a toutefois remarqué que, depuis le printemps, il était plus nerveux, sans entrain au travail, parfois songeur et irritable.

Les renseignements du travailleur social insistent sur certains points qui paraissent significatifs. Armand aurait brusquement cessé de se masturber à quatorze ans, après avoir entendu dire par son frère plus âgé qu'une telle habitude pouvait rendre malade. Or cet arrêt de masturbation coïncide chronologiquement avec le début des incendies. Il y aurait aussi une certaine coïncidence entre les heures qui précédaient les idées de masturbation et celles de mettre le feu. On fait observer de plus que l'idée de mettre le feu se présentait à Armand comme une idée fixe, une obsession. A la prison encore, durant les longues heures qu'il passa dans sa cellule, il a de nouveau pensé au feu, constatant que seul son matelas dans sa cellule pourrait éventuellement brûler. Ces renseignements portaient à croire qu'il s'agissait bien d'un pyromane authentique.

L'examen du médecin consultant révélait une constitution physique normale d'un adolescent au terme de la puberté. Au point de vue psychologique, Armand obtenait un quotient intellectuel de 94 à l'échelle de Wechsler et l'ensemble de l'épreuve ne montrait rien de particulier.

Au test de Rorschach, il a extériorisé certains signes interprétés comme des indices de schizoïdie. Le psychiatre a exprimé l'opinion qu'il pouvait s'agir d'un incendiaire pathologique. Il a émis notamment l'hypothèse d'une schizophrénie au début, recommandant toutefois l'hospitalisation à la Clinique Roy-Rousseau pour investigation plus adéquate.

Le séjour d'Armand à la Clinique Roy-Rousseau a permis d'observer à loisir son comportement et de compléter l'investigation médico-psychiatrique. L'examen physique était superposable à celui pratiqué antérieurement. L'analyse des urines, la sédimentation globulaire, la formule sanguine, la sérologie et la radiographie pulmonaire n'offraient aucune particularité notable. Il en a été de même pour l'examen ophtalmique, la radiographie du crâne et l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Le tracé électro-encéphalographique montra uniquement des signes d'immatrité.

Dès le premier interrogatoire, Armand fait le récit complet des actes dont il reconnaît être l'auteur. La version des faits est exacte et témoigne qu'il en a conservé un souvenir intact. Cependant, il insiste spontanément sur certains points. Il affirme par exemple qu'il a mis le feu malgré lui et sans savoir pourquoi. Il établit de plus des relations entre les incendies et ses habitudes de masturbation qui dataient déjà de quelques années. Ainsi, il a remarqué que ses impulsions au feu prenaient toujours naissance lors d'instantanés de lassitude ou d'anxiété, pareillement à ses masturbations. Il dit ne pas avoir eu d'orgasme au cours des incendies mais il fait observer qu'il était porté à se masturber dans les heures qui précédaient ou suivaient ses impulsions incendiaires. Fait étrange, pour ne pas dire contradictoire, il dit un peu plus tard au cours de cet interrogatoire qu'au fur et à mesure que se répétaient les incendies, il se masturbait de moins en moins. Il raconte aussi qu'il donnait lui-même l'alerte dès l'incendie allumé et que, le plus souvent, il se trouvait du nombre des volontaires accourus sur les lieux pour prêter leur secours.

Au même entretien, Armand nous apprend quelque chose de nouveau. Il dit que peu de temps avant la période incendiaire, il commença d'entendre des voix et subséquemment, presque tous les soirs, dès le souper terminé et surtout lorsqu'il regagnait sa chambre, il avait nettement l'impression d'être le témoin d'une conversation qu'entretenaient des voisins.

Leurs propos étaient anodins et n'avaient aucune relation avec ses impulsions incendiaires. Ils ne le concernaient même pas personnellement. Les phénomènes hallucinatoires ont persisté et se renouvellent depuis qu'il est à l'hôpital. Mais il nous apprend peu de temps après qu'il n'entend plus de voix depuis une ponction lombaire pratiquée quelques jours plus tôt.

Au cours d'un autre entretien, Armand rapporte un fait important qu'il avait caché jusqu'alors. Il raconte que, vers la fin de juin, toujours sans trop savoir pourquoi et malgré lui, il mit du D.D.T. dans des pintes de lait destinées à la consommation domestique. Puis, quelques instants plus tard, n'étant plus sous l'emprise impulsive, il se ravisa et fit disparaître le lait empoisonné. Nous reviendrons plus loin sur ce sérieux incident.

Nous tenons à souligner que nous avons toujours interrogé Armand avec patience et sympathie. Chaque fois qu'il nous paraissait nécessaire d'approfondir un point particulier, nous évitions soigneusement de le contredire par crainte de l'indisposer et surtout de lui laisser croire que nous doutions de l'authenticité de ses allégués, car nous avions évidemment des doutes. En effet la relation masturbation-incendie soutenue par Armand nous paraissait saugrenue et ne pouvait être acceptée sans quelque méfiance. Le caractère anodin de ses hallucinations et leur disparition soudaine à l'occasion d'une ponction lombaire nous étonnaient également. En somme, le tableau clinique polymorphe avait décidément quelque chose de suspect.

Nous avons aussi d'autres arguments. Déjà, son comportement en milieu hospitalier révèle son véritable caractère. Il se montre taquin et espiègle avec démesure. Il provoque un jour la colère d'un malade et soutient faussement qu'il a été lui-même provoqué par ce dernier, puis il somme l'hospitalière de transférer ce malade à Saint-Michel-Archange d'ici six heures, sinon . . . A une autre occasion, soit après lecture d'une lettre venant de ses parents et dont la teneur ne lui plaisait pas, il exprime violemment son mécontentement et laisse entendre que, peut-être, il n'aurait pas mis le feu si . . . Une autre fois, il vole des cigarettes à un compagnon de chambre et nie catégoriquement le fait vérifié. Autant de gestes et d'attitudes qui font foi de ses tendances amORALES. Un autre

incident survenu quelques jours avant son départ mérite d'être signalé. Il nous prévient un matin qu'il va faire un mauvais parti à un malade qu'il accuse d'avoir déchiré une de ses chemises et de lui en avoir dérobé une autre (seul le premier fait est fondé et est survenu lors d'une altercation antérieure). On tente vainement de le ramener à de meilleurs sentiments. Il ne veut pas démordre. Il dit qu'il fera mieux plus tard, mais il faut d'abord qu'il se venge. Il prévient qu'il va battre le malade, l'assommer si c'est possible, puis il se servira ensuite dans son porte-monnaie. Dès le midi, durant l'heure de repos, il trompe la vigilance du personnel et s'attaque sournoisement au malade concerné. On a pu heureusement le maîtriser avant qu'il n'ait eu le temps de multiplier ses coups et notre malade s'en est assez bien tiré.

Sans modifier en rien notre attitude compréhensive à son égard, nous lui avons bientôt fait part de nos doutes, en soulignant la faiblesse de ses affirmations et nous gardant bien de blesser son amour-propre. Nous lui avons laissé entendre que nous ne possédions aucun critère pour juger de la véracité ou de la fausseté de ses dires mais que, dans notre désir de lui aider, il était important pour nous de connaître la vérité. Après quelque hésitation, Armand a consenti à faire les aveux que nous attendions.

Armand avoua qu'il alluma volontairement les incendies. Depuis longtemps il n'aime plus le milieu familial et désire le quitter. Il trouve son père sévère et injuste. Il raconte que, plus jeune, son père le battait souvent et pour des peccadilles. Il se souvient d'avoir intérieurement nourri des sentiments de rancœur à l'égard de son père. Encore aujourd'hui, son père le réprimande souvent et le punit parfois sans raison. Des faveurs accordées à ses frères et sœurs lui sont refusées. Dernièrement encore, son père acquiesça à la demande d'un de ses frères qui désirait poursuivre ses études, alors que la même demande de sa part avait été laissée sans réponse antérieurement. Il critique l'attitude de ses frères et sœurs envers lui et dit même que tout le monde à la maison est sur son dos.

C'est un dimanche de juillet qu'Armand eut pour la première fois l'idée de mettre le feu. Il y avait visite à la maison et on discutait de la conflagration de Rimouski. Armand trouvait le temps long et ennuyeux. Il s'échappe soudainement de la maison, gagne la terre à bois du voisin et y met le feu. Une motivation aussi pauvre peut d'abord étonner. Il

faut cependant retenir qu'il s'agit ici d'un feu bénin, un simple mauvais coup, susceptible d'amuser un gamin, de créer un certain émoi dans l'entourage. Mais on doit se rappeler surtout qu'Armand est un mécontent et que son geste a été réalisé dans des sentiments de malveillance. Puis ce premier feu a servi en quelque sorte d'apprentissage aux feux suivants. Le tour avait réussi et demandait à être renouvelé. Puis le deuxième en appela un troisième et ainsi de suite.

Quant aux feux de granges, voici ce qu'Armand nous en dit. La première grange était située tout près de la terre à bois déjà incendiée et ne pouvait échapper à sa vue. Elle exerçait donc à ses yeux un certain attrait pour un feu éventuel. Il décide alors de l'incendier pour se procurer un divertissement plus spectaculaire. C'est la seule motivation exprimée par Armand. Cette grange était de moindre valeur que les deux autres et n'abritait pas d'animaux. Mais le feu de la deuxième grange devait être plus sérieusement motivé. Le même jour, il refuse à un voisin des instruments que son père lui avait formellement défendu de prêter. Une querelle s'ensuit et Armand essuie une avalanche d'injures de la part du voisin mécontent. La riposte d'Armand ne tarda pas. Quelques heures plus tard, alors même que les restes de la première grange étaient encore fumants, une deuxième grange était en flammes et précisément celle du voisin qui l'avait injurié.

On sait qu'Armand mit le feu à une troisième grange, de plus grande valeur encore que la précédente. Il venait en effet de se chicaner avec les enfants d'un voisin qui l'accusaient d'avoir crevé le pneu d'un « tracteur ». Il en résulta une bataille au cours de laquelle Armand subit une véritable râclée. Quelques jours après, il incendiait la grange des parents de ces enfants. Une lettre dont nous avons déjà fait mention a été trouvée près du lieu de l'incendie, contenant les mots suivants écrits en lettres moulées : Bâissez-vous, parlez-en pas à la police, vous devrez guetter votre maison. Signé. Un soldat d'Amérique.

Restait à savoir l'origine de la première version d'Armand, car il s'était tiré d'affaires assez habilement et se montrait par là plus intelligent peut-être que ne l'indiquait son quotient intellectuel.

En quittant son milieu pour se rendre à Québec où il devait être examiné, Armand réalisait très bien qu'il pouvait être considéré comme

irresponsable. Si on l'envoyait subir des examens, c'est qu'on croyait qu'il pouvait être malade. C'est dans cet esprit qu'il imagina de nous tromper. Les relations qu'il établissait entre ses masturbations et les incendies n'avaient évidemment pour lui aucun fondement réel. Nous avons su qu'elles lui avaient été imprudemment suggérées lors d'un interrogatoire subi avant son admission à l'hôpital. On s'étonne moins ainsi qu'un jeune rural ait pu soutenir une telle argumentation. Il en fut de même pour ses présumées hallucinations. Armand se souvient que quelqu'un lui a demandé s'il lui arrivait d'entendre des voix. Quant à l'incident du D.D.T., Armand le dit véridique. Il a fait le geste dans un moment de dépression. Son père l'avait réprimandé la veille et d'autres membres de sa famille s'étaient mêlés à l'affaire. Il était resté sombre le lendemain et avait la conviction que tous étaient ligués contre lui. Cet incident est extrêmement sérieux. A supposer qu'il soit faux et qu'il ait encore été imaginé par Armand dans le but de passer pour malade, il constitue néanmoins un argument en faveur d'une aptitude mythomane qui cadre bien avec les tendances amORALES que nous lui reconnaissons.

Nous avons eu par la suite une entrevue avec le père d'Armand. Ce qu'il nous raconte diffère quelque peu de ce que nous avons appris précédemment. Le père ne s'était jamais particulièrement inquiété du comportement de son garçon et ne prévoyait pas surtout qu'une pareille épreuve puisse survenir. Mais il fait remarquer qu'Armand avait un caractère un peu spécial. Il était renfermé et ne se confiait à personne, sauf peut-être à sa mère. Il acceptait mal les réprimandes et se croyait traité injustement à chaque fois qu'il était pris en défaut. Il était rancunier aussi et semblait hostile à son père. Il était taquin mais susceptible et se fâchait quand il était lui-même taquiné. Le père dit encore qu'Armand était dur envers les animaux et qu'il a dû le reprendre plusieurs fois à ce sujet. Ces derniers temps, il était de plus en plus désolant. Aussi, Armand se reconnaissait parfois coupable de fautes qu'il n'avait pas commises. Il faut dire cependant que le père avait cette curieuse habitude quand il constatait un méfait chez lui et qu'il n'en connaissait pas l'auteur, de questionner Armand ou un autre comme s'il était sûr que celui à qui il s'adressait était le coupable. Il faisait cela

dans le but d'obtenir l'aveu qui permettrait de punir le coupable, et aussi pour éprouver la franchise de ses enfants.

Le père souligne que sa famille jouissait d'une bonne réputation et qu'elle était très estimée dans le village. Il ne semble pas irrité contre son garçon, mais il nous recommande « de lui faire peur, pour le dompter ». Il est inquiet aussi des répercussions judiciaires concernant les pertes causées par les incendies, ignorant encore les intentions des sinistrés. Nous apprenons également au cours de cette entrevue que la famille d'Armand n'est pas tout à fait exempte de troubles psychopathiques. Le père nous dit que sa femme présente depuis longtemps des crises nerveuses dont la description s'apparente à celle du petit mal épileptique. De plus, une sœur d'Armand passe pour une grande instable et serait particulièrement paranoïde.

Si Armand peut être considéré comme un pyromane par le fait qu'il a provoqué une série d'incendies dans un intervalle de temps relativement court, l'observation clinique prolongée à laquelle il a été soumis permet toutefois d'affirmer avec certitude que ses délits ne résultent pas du processus psychopathologique de la pyromanie proprement dite. C'est dire qu'il n'est pas un pyromane au sens strict. On pourrait difficilement invoquer une psychogénèse par mécanisme de conversion ou de symbolisation affective puisque les délits ont ici une motivation consciente. D'ailleurs, il est assez évident qu'Armand est plus qu'un incendiaire. Il nous apparaît plutôt comme un caractériel dont les délits incendiaires ne représentent que des manifestations symptomatiques et il est à craindre que, tôt ou tard, il ne récidive d'une manière ou d'une autre, car on observe chez lui de nombreuses tendances psychopathiques.

#### CONCLUSION

Il nous a paru intéressant de présenter cette observation à cause des difficultés que pose parfois le problème étiologique de l'incendiat. Il s'agit le plus souvent d'adolescents, vivant dans des régions rurales. Les causes franchement pathologiques doivent d'abord être recherchées dans la débilité mentale profonde et, plus rarement, dans l'épilepsie et la schizophrénie. Ces causes éliminées, il n'y a guère que le psychopathe

constitutionnel qui soit capable d'un tel délit. Quant à la pyromanie proprement dite, l'absence de critères objectifs permettant son diagnostic la rend fort douteuse et nous nous permettons d'exprimer ici l'opinion que si tous les présumés pyromanes étaient dirigés dans des milieux où on est en mesure de les observer adéquatement, on constaterait qu'on ne rencontre pour ainsi dire jamais de vrais pyromanes.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BOREL, J., Le déséquilibre mental, 1947.
  2. BROMBERG, W., Crime and mind, 1948.
  3. CAMERON, N., The psychology of behavior disorders, 1947.
  4. CLAUDE, H., Psychiatrie médico-légale, 1944.
  5. KANNER, L., Child psychiatry, 1950.
  6. TRAMER, M., Psychiatrie infantile générale, 1949.
  7. YARNELL, H., Fire setting in children, *Am. Jour. Orthopsych.*, 1940.
-

**TROUBLES PSYCHIQUES**  
**(d'allure hypomaniaque)**  
**A LA SUITE D'UNE INFECTION OURLIENNE**  
**CHEZ UN ENFANT DE NEUF ANS \***

par

**Jean DELAGE**

*Assistant universitaire à la Clinique Roy-Rousseau*

---

Jacques M., âgé de neuf ans, nous est présenté à la Clinique d'hygiène mentale de l'Hôtel-Dieu de Québec, le 12 mai 1954, parce que, depuis quelques mois, son comportement a changé d'une façon dramatique.

Voici, rapidement esquissée, l'observation de cet enfant. Depuis janvier 1954, Jacques est devenu intenable à la maison et à l'école ; il est « nerveux », instable, têtu, il fait des crises de colère pendant lesquelles il se roule par terre, frappe du pied, etc. Il n'écoute personne à la maison ; à l'école, il est distrait, puis, tout-à-coup, il se met à chanter à voix haute pendant les cours. Depuis quelques jours, il refuse catégoriquement de retourner à l'école. Il quête dans les rues environnantes pour se procurer de l'argent, prétextant de mauvais traitements à la maison, achète des billets d'autobus et se balade d'un bout à l'autre de la ville du matin au soir, ne rentrant parfois à la maison que vers onze

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 15 octobre 1954.

heures ou minuit, ramené par radio-police. On le trouve souvent dans les restaurants du quartier qu'il anime de sa conversation ! Les parents doivent le séquestrer pour éviter ces fugues.

A l'examen, ce garçonnet de 9 ans étonne d'abord par son aspect que le pédiatre du Centre médico-social qualifiera plus tard de « présentation de petit vieux placoteux ». Il décrit lui-même ses troubles avec une agilité et une précision verbale surprenante, s'excuse de déranger, pousse des soupirs en déplorant sa conduite, s'informe du mécanisme du sphygmomanomètre, critique la tenue vestimentaire du médecin et fait même remarquer à l'infirmière qu'elle a une « échelle » à son bas. Son regard est vif et ses manières compassées ; il emploie des expressions d'adulte ; sa politesse et son maintien sont ceux d'un garçon de table bien stylé. Il est très présent et réagit immédiatement à tout ce qui attire son attention. Observé plus tard au Centre médico-social pour enfants, l'infirmière dira de lui très justement : « Jacques se présente avec empressement à l'entrevue ; il est excessivement volubile, pense à voix haute ; ses propos sont sensés, mais varient d'une minute à l'autre ; il dit venir au Centre pour être placé en institution parce qu'il n'écoute pas, se sauve de la maison et de l'école. Il est conscient de ses faits et gestes, mais apparemment incapable de contrôler ses mouvements et sa pensée. Propos et gestes d'adulte ; essaie toutes les pièces d'équipement du bureau, etc. »

D'après la mère, ce comportement ne date que de janvier 1954 ; il a un début bien précis, c'est-à-dire au décours d'une infection ourlienne. La maladie aurait été marquée par une haute température (104-105°F.) qui s'est maintenue plusieurs jours. C'est à ce moment qu'il est devenu turbulent, agité, coléreux, etc. Les antécédents personnels et héréditaires n'offrent aucune particularité ; la naissance a été laborieuse, mais sans application de forceps, ni complication apparente. Le développement psycho-moteur s'est fait normalement et l'enfant n'avait présenté aucun trouble particulier du comportement avant janvier 1954. Le milieu social et familial est pauvre.

Nous avons référé l'enfant au Centre médico-social afin d'approfondir son étude. Deux mois s'étaient écoulés depuis la première consultation et il n'y avait aucune modification du comportement ; sa

présentation était la même ; l'enfant avait fait de nouvelles fugues et il volait pour se procurer de l'argent. Son excitation psycho-motrice semblait même augmentée et il ne semblait exister aucune restriction de ses impulsions. Le contact qu'on pouvait prendre avec lui était très superficiel et de courte durée. Il réagissait d'une façon exagérée à tous les stimulus extérieurs. Jacques coopéra assez bien à l'entrevue psychologique malgré son instabilité et sa loquacité ; au test Terman (M), il donna un âge mental de 7 ans et 4 mois, soit un quotient intellectuel de 81. D'après le psychologue (M. Chéné), Jacques possède une intelligence moyenne inférieure, mais il est possible qu'à cause de son état mental, il n'ait pas donné tout son rendement.

A la conférence de synthèse, il est décidé d'hospitaliser Jacques à la Clinique Roy-Rousseau pour compléter les examens et tenter un traitement.

A l'entrée, l'examen physique est normal. L'examen neurologique, par contre, révèle de multiples signes d'une légère atteinte du système nerveux, tels que rencontrés dans les séquelles d'atteinte encéphalitique fruste :

- morphologie asthénique, longiligne ;
- réflexes ostéo-tendineux et cutanés très vifs (peut-être un peu plus à gauche) ;
- hypotonie musculaire moyenne, particulièrement à la partie distale des membres (ballotement du pied et de la main) et à la ceinture pelvienne (talon sur fesse) ;
- mouvements syncinétiques marqués (épreuve des marionnettes, serrement de la main) ;
- léger tremblement de la langue ;
- instabilité des mains (tendues) et des jambes ;
- position hypertonique compensatrice des mains constatée à l'épreuve des bras tendus ;
- manque de précision et hésitation préterminale, à l'épreuve du doigt sur le nez.

L'enfant présente une légère température le soir, une hyperleucocytose assez marquée et une sédimentation globulaire à 22 mm. L'en-

semble de ces signes nous permet de croire à un processus subaigu encore actif. La radiographie pulmonaire, l'examen des urines, le Bordet-Wassermann sanguin, l'examen ophtalmologique et le fond d'œil sont normaux. La ponction lombaire est normale, ce qui ne saurait nous étonner, les modifications du liquide céphalo-rachidien, quand elles existent, se normalisant vers la sixième semaine qui suit le processus encéphalitique aigu.

Le tracé électroencéphalographique, cependant, est franchement anormal.

*Constataions.* Tracé symétrique, polyrythmique, irrégulier, pauvrement organisé contenant peu d'ondes alpha de 11 à 12 c/s par 20 microvolts. Au pôle occipital les ondes aiguës irrégulières de 3 à 5 c/s sont amples et très nombreuses.

Au cours de l'hyperventilation, ces ondes lentes deviennent le rythme dominant aux régions moyennes et postérieures avec un voltage qui monte jusqu'à 200 microvolts. Elles persistent après l'injection de glucose.

*Opinion.* Tracé nettement anormal d'encéphalopathie étendue, prédominant à la moitié postérieure du cerveau.

Nous avons donc un tracé nettement anormal d'encéphalopathie étendue, prédominant à la moitié postérieure du cerveau. Ce tracé témoigne d'une souffrance cérébrale, d'une désorganisation du fonctionnement cérébral.

Dans ces cas, deux sortes de signes surtout peuvent se rencontrer :

1° des signes de *focalisation* : opposition de phases, prédominance d'anomalies sur une ou plusieurs dérivations, asymétrie d'un hémisphère à l'autre ; ces signes sont surtout présents lorsqu'il y a atteinte neurologique sous forme d'hémiplégie, monoplégie, etc. ;

2° des signes de souffrance *corticale diffuse* : dysrythmie corticale diffuse ou dysrythmie de la base, ondes lentes, etc.

Dans le cas qui nous intéresse, il s'agit plutôt d'une dysrythmie corticale diffuse, comme on peut la rencontrer dans les atteintes encéphalitiques.

La présentation clinique est toujours la même ; en quelques heures, l'enfant fait la connaissance de tous les malades du Service et de tout le

personnel du département. Quelques jours après, il connaît tous les recoins de la Clinique et appelle chacun par son prénom !

Nous instituons alors la médication suivante : largactil (25 mg), deux comprimés, quatre fois par jour, et auréomycine (250 mg) une capsule, trois fois par jour. Le largactil est particulièrement indiqué dans les états d'excitation ; quant aux antibiotiques, leur action est controversée dans les affections à virus. Trouvés inefficaces par certains auteurs dans les complications méningo-encéphaliques des maladies infectieuses à virus, ils sont préconisés par d'autres à cause de résultats spectaculaires (chute de température, disparition des signes fonctionnels, etc.) Les antibiotiques employés sont l'auréomycine, la terramycine et la chloromycétine.

Après un mois de traitement intensif, notre malade s'est amélioré considérablement ; son comportement général dans le Service s'est très modifié : il demeure maniéré et assez volubile, mais son instabilité psychomotrice a beaucoup diminué ; il parle plus calmement, ne fait plus de courses sans but, s'intéresse plus longtemps à un travail déterminé. Ses réponses sont plus précises, son attention et sa concentration meilleures.

Les légers signes neurologiques constatés au début semblent avoir tendance à diminuer. Un nouvel examen psychologique donne un quotient à peu près identique au premier et peut être considéré comme son niveau mental réel. La sédimentation globulaire est maintenant de 12 mm.

L'examen électroencéphalographique montre une amélioration de tracé de base, mais il persiste des anomalies paroxystiques, analogues à celles que l'on voit dans l'épilepsie.

*Constatations.* Ce deuxième tracé est symétrique, encore polyrythmique mais mieux organisé. Il reste des ondes *thêta* distribuées au hasard et d'amplitude modérée.

On enregistre des paroxysmes bilatéraux et synchrones d'ondes de 12 c/s puis de 4 c/s par 100 microvolts, prédominant aux régions pariéto-temporales.

Au cours de l'hyperventilation, on enregistre une décharge généralisée de polypointes ondes de 3 à 4 c/s par 300 microvolts à prédominance frontale et gauche.

*Opinion.* Le tracé de base s'améliore et les anomalies qui restent sont nettement paroxystiques et analogues à ce qu'on peut observer dans l'épilepsie.

Cette amélioration du tracé électro-encephalographique nous semble très importante et indiquerait une régression des phénomènes inflammatoires. Des contrôles ultérieurs s'imposent, à cause des anomalies paroxystiques qui peuvent assombrir le pronostic (crises convulsives possibles).

Nous pensons à replacer sous peu l'enfant dans son milieu familial et à tenter le retour à l'école, en maintenant une médication sédatrice. Il est difficile d'établir un pronostic dans le cas de cet enfant, car les séquelles psychiques éloignées sont presque imprévisibles.

Les complications neuro-psychiatriques d'origine ourlienne ne sont pas fréquentes ; les statistiques sont très variables. Disons qu'il s'agit surtout de réactions méningées, de méningo-encéphalites (avec paralysies des nerfs crâniens), d'encéphalites (avec syndromes cérébelleux ou mésocéphaliques) et, enfin, d'encéphalopathies subaiguës ou chroniques.

Le virus ourlien a une affinité particulière pour les glandes salivaires, les testicules et le système nerveux. Il crée un état inflammatoire diffus au niveau du cortex. La nature histologique des lésions est peu connue mais ressemblerait à celle des complications de la rougeole. Il y a peu d'études anatomo-pathologiques, les cas mortels étant rares. D'après Wegelin, il s'agirait d'un processus inflammatoire intense avec infiltration des espaces périvasculaires par des lymphocytes et des phagocytes, hémorragies et démyélinisation périvasculaires, altération phagocytaire de la microglie, prolifération de la macroglie et chromatolyse légère des neurones. Suivant l'étendue et la localisation de ces lésions dans le cerveau, le tronc cérébral et la moelle, nous pouvons avoir des syndromes neurologiques ou neuro-psychiatriques plus ou moins sévères. Pour certains auteurs, il y aurait des poussées évolutives pouvant apparaître très longtemps après l'atteinte primitive (*allergie?*). Un fait semble acquis : le cerveau garde de cette atteinte une certaine fragilité neuro-psychique.

Nous laissons de côté, volontairement, les syndromes purement neurologiques et leurs séquelles pour ne considérer que le point de vue

psychiatrique dans l'évolution de ces patients. Au cours de l'infection ourlienne, ou après, parfois lors d'une complication orchitique, peut apparaître une symptomatologie surtout mentale : confusion mentale aiguë (*avec hallucinations, délire onirique*), grande agitation psychomotrice ou syndrome d'excitation maniaque. Chez notre patient, on ne peut parler de manie, mais plutôt d'excitation psychomotrice d'allure maniaque. Les séquelles tardives sont surtout psychiatriques : diminution de l'intelligence qui peut aller jusqu'à la grande arriération (*surtout si la complication nerveuse survient chez un enfant de 3 ans ou moins*), troubles du caractère et du comportement dont la gamme très étendue comprend les perversions sexuelles et la psychopathie acquise, troubles psychiatriques bien définis comme les crises d'excitation ou de dépression.

Fréquents et très importants à connaître sont les troubles considérés comme mineurs en regard des troubles précédents et qui, pourtant, vont créer une entrave permanente à la vie sociale de l'enfant. Il s'agit de ces enfants qui, à la suite d'une encéphalite fruste, deviennent très instables, turbulents, loquaces, en proie à une agitation incessante. Ces troubles s'exagèrent et deviennent gênants à l'âge scolaire. Même si l'intelligence n'est pas atteinte, le trouble de l'attention, qui est majeur, et l'insuffisance du temps de conscience entravent l'adaptation à l'effort, à la discipline scolaire et aboutissent souvent à l'échec et au renvoi de l'enfant. A intelligence égale, l'éducabilité d'un enfant dépend fortement de son pouvoir de concentration. L'instable dont l'attention se porte sans cesse vers un objet différent offre des difficultés considérables à l'éducateur. Son défaut de contrôle de soi, sa distraction, son impulsivité, l'exagération et l'instabilité de ses réactions affectives contribuent aussi à faire de lui un inadapté et un retardé pédagogique.

Médecins, et pédiatres surtout, rencontrent souvent des retards psycho-moteurs et affectifs, des troubles du caractère et du comportement survenant sans cause manifeste chez l'enfant et l'adolescent. Nous devons toujours avoir à l'esprit que plusieurs de ses troubles peuvent avoir leur origine dans une encéphalite fruste ou inapparente de l'enfant. Le cas que nous avons présenté nous semblait instructif à cet égard.

En résumé, nous avons présenté un cas d'excitation psychomotrice intense et persistante chez un enfant de 9 ans, à la suite d'une infection ourlienne. Une médication neuroplégique et antibiotique semble avoir agi d'une façon appréciable sur le syndrome. L'amélioration constatée dans le tracé électroencéphalographique confirme ces faits.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BAKWIN et BAKWIN, Behavior disorders in children, *Saunders*, 1953.
2. BOGÆRT, L. van, Les manifestations nerveuses au cours des maladies éruptives, *Revue neurologique*, **2** : (fév.) 1933.
3. FORD, F. R., Diseases of the nervous system in infancy, childhood and adolescence, *Charles C. Thomas*, 1952.
4. GREENEBAUM, J. V., et LURIE, L. A., Encephalitis as causative factor in behavior disorders of children, *J.A.M.A.*, **136** : 923-930, (avril) 1948.
5. GRIFFITH, G., Neurologic complications of some infectious diseases, *Edimburg M. J.*, **59** : 492-503, (oct.) 1953.
6. HEUYER, G., Encéphalites infectieuses, in *Psychiatrie sociale de l'enfant, Centre international de l'enfance*, Paris, 1951 (travaux et documents).
7. MICHAUX, L., *Psychiatrie infantile, P.U.F.*, 1950.
8. OLDFELT, V., Sequelæ of mumps meningo-encephalitis, *Acta Med. Scandinav.*, **134** : 405-414, 1949.
9. PAINCHAUD, C. A., et CARON, S., Encéphalite psychosique d'origine ourlienne, *Bull. Soc. méd. Hôp. univers. Québec*, (mars) 1935.
10. ROBIN, G., *Précis de neuro-psychiatrie infantile, Doin*, 1950.
11. *BIOLOGY of mental health and disease, Hæber*, 1951.
12. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Maladies infectieuses et parasitaires, tome 2 ; pédiatrie, tome 3 ; système nerveux, tome 1.*

#### DISCUSSION

Le docteur Robert Caouette demande si la dose de huit comprimés de largactil par jour doit être considérée comme courante ou élevée.

Le docteur Joachim Jobin s'informe de la variation de la tension artérielle au cours du traitement.

Le docteur de la Broquerie Fortier veut des précisions sur l'évolution de la courbe thermique.

Le docteur C.-A. Gauthier demande si le traitement à l'auréomycine a été donné en même temps que le largactil.

Le docteur Yves Rouleau voudrait savoir si le sujet a présenté des troubles du sommeil.

Le docteur Louis Bourgoïn demande si les deux tests psychométriques ont donné le même résultat.

Le docteur C.-A. Gauthier s'informe encore si le malade recevait du largactil lors de la deuxième psychométrie.

Le docteur Sylvio Caron prétend que les lipothymies sont plus fréquentes chez les malades qui ont reçu du largactil pour une psychopathie légère, tandis que le médicament est sans danger pour les agités qui en ont plus besoin.

Le docteur Delâge répond que la dose administrée est usuelle et, qu'à Montréal, on a employé des quantités beaucoup plus considérables sans accident. La tension artérielle a été suivie et, dans le cas présent, elle a monté au lieu de diminuer, le malade étant dans un état de mauvaise nutrition au début du traitement. La courbe thermique s'est abaissée dès le début du traitement à l'auréomycine. Le pouls est resté rapide, peut-être à cause du largactil. Les deux médications ont été concurrentes. On n'a pas observé de trouble du sommeil.

Le deuxième examen psychométrique a été fait au cours de traitement par le largactil, le sujet s'étant amélioré comme on l'a vu, le test a cependant donné cinq points de moins. Toutefois, cet examen a été fait dans de moins bonnes conditions, le sujet étant fatigué de son passage récent chez le dentiste et au département d'électro-encéphalographie. Ce rendement est jugé équivalent à celui du premier examen.

---

## UN CAS D'ULCÈRE DE LA VULVE \*

par

**Marcel CARBOTTE**

*Assistant dans le Service de gynécologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement*

---

Les ulcérations de la vulve ne sont pas très communes même dans un Service de gynécologie. L'avènement des antibiotiques a considérablement diminué l'incidence de la syphilis et de la gonorrhée qui, naguère, nous fournissaient la majorité des lésions de la vulve et du vagin.

Les lésions que nous rencontrons le plus fréquemment sont les lésions traumatiques causées par un coït maladroit ou effectuées dans des circonstances peu favorables. Il s'agit la plupart du temps de fissures et non d'ulcères qui ne posent pas de problèmes de diagnostic ; les hémorragies, la douleur, la vaginisme amènent les femmes à consulter tôt, les lésions n'ayant pas le temps de se modifier.

La tuberculose fournit encore un milieu spécialisé des ulcères de la vulve ; situés au pourtour de l'urèthre ou au niveau des glandes de Bartholin, leur aspect grisâtre, atone, leur bord déchiqueté, en rendent le diagnostic assez facile, d'autant plus qu'ils sont rarement isolés, faisant partie d'une tuberculose généralisée ou tout au moins localisée à l'appareil uro-génital.

Le chancre mou, le granulome inguinal, la maladie de Nicolas-Favre sont des infections auxquelles on pense toujours mais qu'on ne rencontre à peu près jamais dans notre pays.

---

\* Présenté à la Société médicale des Hôpitaux universitaires le 22 octobre 1954.

L'ulcère aigu de la vulve ou ulcère de Lipschütz est attribué au bacille vaginal, hôte normal du vagin de la femme en équilibre hormonal qui, dans certaines circonstances que nous ne connaissons pas, deviendra pathogène. Depuis 1910, date de la première publication de Lipschütz, on en compte dans la littérature médicale une centaine de cas bien que l'authenticité de plusieurs paraisse assez douteuse.

L'herpès génital peut être cause d'ulcération vulvaire : la présence de vésicules tranche le diagnostic.

Les colorants à base de sulfone utilisés dans la teinture de la rayonne et du nylon peuvent causer des lésions des organes génitaux externes allant jusqu'à l'ulcération.

A côté de ces affections génitales, les maladies de la nutrition sont parfois responsables de lésions génitales importantes et lorsque celles-ci sont uniquement localisées à la vulve, on en oublierait la maladie causale si l'échec thérapeutique ne nous remettait sur le droit chemin.

Parmi celles-ci, il convient de citer les dyscrasies sanguines telles que l'agranulocytose, l'anémie pernicieuse, l'anémie aplastique et les leucémies, les lésions vulvaires de l'urémie, du diabète et des carences vitaminiques.

Au cours de ces deux dernières années, nous avons eu l'occasion de voir à plusieurs reprises un cas dont le diagnostic fut long à établir :

Le 21 juillet 1952, madame L. B., âgée de 28 ans, enceinte de sept mois, est amenée en ambulance à l'Hôpital du Saint-Sacrement pour une lésion vulvaire qui la fait souffrir au point que, depuis six semaines, elle n'a pas eu une seule bonne nuit de sommeil.

Nous apprenons que la lésion a débuté six à sept semaines auparavant par un petit nodule au niveau de la petite lèvre droite, lésion d'abord prurigineuse qui s'est ulcérée quelques jours après. C'est à ce moment qu'elle commence à souffrir. Les douleurs devenant plus vives, obligent la malade à s'immobiliser et à garder le lit, le moindre mouvement les aggravant. Elle consulte son médecin qui la traite par des injections musculaires et une pommade pour application locale. Les lésions ne s'améliorant pas, huit jours après, elle est admise dans un petit hôpital de la localité où elle est traitée aux antibiotiques.

Le séjour d'un mois dans cette institution ne change rien à ses lésions ; elle décide alors de venir à Québec où elle espère recevoir des soins plus éclairés.

L'examen général ne révèle rien de bien anormal ; il s'agit d'une femme pâle, à l'air fatigué, qui serait plutôt maigre si elle n'était pas enceinte. Le cœur, les poumons, la tension artérielle ne présentent rien d'anormal ; la hauteur de l'utérus correspond à l'âge de la grossesse ; les bruits fœtaux sont normaux ; il n'existe pas de varices.

A l'examen génital nous découvrons un œdème considérable de la vulve et une ulcération de quatre centimètres de diamètre s'étendant du versant interne de la grande lèvre droite à l'introitus, ulcération peu profonde à fond grisâtre et à bords surélevés ; une sérosité grisâtre s'écoule du vagin. Le toucher vaginal étant impossible, nous nous contentons d'un examen au spéculum de vierge : le col présente un ectropion, le vagin semble intact.

On fait faire un prélèvement vaginal, un fond noir et un frottis au niveau de l'ulcération, une formule sanguine, une glycémie et une azotémie ainsi qu'une analyse complète des urines. On prescrit de la pénicilline et de la streptomycine, des insufflations de sulfamidés sur la lésion, des pansements chauds à changer aux demi-heures, de l'aspirine et du phéno-barbital.

Le laboratoire découvre une petite anémie à 3,000,000 d'hématies, et des diplocoques gram-négatifs intracellulaires et extracellulaires ayant l'aspect du bacille de Neisser ; on nous demande de faire un nouveau prélèvement pour culture.

Quelques jours après le début du traitement, la malade se sent mieux durant le jour quand on lui change fréquemment ses compresses mais souffre tellement la nuit qu'elle n'en ferme pas l'œil malgré les somnifères et la codéine ; nous décidons de lui donner un peu de démérol ce qui lui assure quelques heures de sommeil.

L'œdème commence à disparaître ; l'ulcération ne bouge pas ; la leucorrhée persiste et les douleurs s'étendent à toute la sphère génitale.

Les cultures pour la recherche de bacille de Neisser sont négatives. On décide de faire un test de sensibilité aux divers antibiotiques ; ce

diplocoque n'est sensible ni à la pénicilline ni à la streptomycine, mais très sensible à la chloromycétine, à l'auroéomycine et la terramycine.

On change de médication sans plus de succès ; l'œdème a disparu, l'ulcération ne bouge pas et les douleurs persistent. La malade tolérant mal le fer, on prescrit une petite transfusion et des vitamines par voie intraveineuse pour stimuler son appétit.

Le dermatologiste est appelé en consultation ; le diagnostic le plus probable serait un ulcère aigu dû au bacille de Neisser. Il conseille de conjuguer les différents antibiotiques ; une semaine de ce traitement améliore la malade ; l'ulcère ne semble pas avoir beaucoup changé mais les douleurs sont moins vives et la malade peut dormir sans démérol ; on saupoudre l'ulcère de néoderme : huit jours plus tard, la malade ne ressentant plus de douleur quitte l'hôpital ayant l'impression d'être enfin guérie ; toutefois, l'ulcération n'a pas changé de diamètre.

Un mois plus tard, nouvelle admission de la patiente présentant une vulve œdématiée et une ulcération qui s'étend au vagin jusqu'au col. La grossesse est à terme et moins de 48 heures après son entrée, la patiente entre en travail et donne naissance à un enfant chétif qui présentera des troubles digestifs durant tout son séjour à l'hôpital.

Le lendemain de l'accouchement, la malade se plaint moins, dort sans analgésiques ; l'ulcération diminue considérablement de surface au point qu'au bout de dix jours la patiente quitte l'hôpital guérie.

En juillet 1953, la malade revient consulter. Enceinte de quatre mois, elle avait été bien jusqu'au début de juillet alors qu'une nouvelle ulcération était apparue de la même façon et au même endroit qu'à la grossesse précédente.

Nous demandons un frottis vaginal, un fond noir et un frottis au niveau de l'ulcère pour recherche du tréponème, des corps de Donovan, etc., et nous demandons d'effectuer les cultures nécessaires pour mettre en évidence un agent causal. Nous faisons un test de Frei et une intradermo réaction à l'antigène de Greenblatt et Sanderson, l'équivalent du Dmelcos français.

Le frottis vaginal ne contient que du bacille de Döderlein, le frottis de l'ulcère ne présente qu'un peu de staphylocoque ; tous les autres examens et cultures sont négatifs. Nous décidons de faire une biopsie ;

l'anatomo-pathologiste nous informe qu'il s'agit d'une ulcération banale avec atteinte profonde du derme dont il ne peut préciser l'étiologie par les seuls caractères histologiques. Les réactions de Bordet-Wasserman de la patiente et du mari sont négatives ; un frottis prélevé chez le mari après message de la prostate ne met en évidence aucun agent causal.

Nous reprenons le traitement préconisé par le dermatologiste lors de son premier séjour. Dix jours de ce traitement ne nous donne aucun résultat. C'est alors que nous pensons aux maladies de la nutrition. En questionnant la malade nous apprenons que deux ans auparavant elle avait présenté des troubles digestifs qu'elle avait attribués à la viande ; depuis deux ans, elle l'avait supprimée de son alimentation ; comme elle n'aime ni les légumes ni le lait, qu'elle est trop pauvre pour se payer des fruits, elle ne s'alimente depuis lors que d'hydrates de carbone et de beurre, pain, sirop, gâteaux, céréales.

Nous demandons une azotémie, une glycémie et une protidémie ; les taux de l'azote et du sucre sont normaux mais la protidémie est basse, c'est-à-dire 40 ; malgré la glycémie normale nous demandons une courbe de sucre qui s'inscrit en dehors de la courbe normale. La malade présente des fissures du coin des lèvres et des petites ulcérations au niveau des gencives et de l'arrière-gorge. Nous présentons la malade au laryngologiste qui est d'avis qu'il s'agit d'ulcères attribuables à une carence vitaminique. Nous suralimentons la malade, donnons 15 unités d'insuline-globine par jour, 500 centimètres cubes d' amino-sol et 5 cm<sup>3</sup> du complexe vitaminique B en injections intraveineuses par jour et des polyvitamines par voie orale. En six jours, cette ulcération de trois centimètres de diamètre disparaît. Il s'agissait bien d'une ulcération par avitaminose.

Le régime carencé de cette malade suffisant en temps normal à maintenir l'intégrité de ses tissus, devenait nettement insuffisant en temps de grossesse.

Chez les carencés en vitamine B, les pellagres, les diabétiques, les œstrogènes font apparaître les lésions ou aggravent celles qui existent déjà. Ceci explique l'apparition chez cette malade, de lésion au quatrième mois de grossesse, période de début de l'hyperestrinémie gravidique, et la guérison rapide après l'accouchement et la chute du taux des œstrogènes dans le sang.

## DISCUSSION

Le docteur Oscar Garant souligne l'opportunité de cette présentation sur un sujet mal connu aussi bien des gynécologues que des dermatologistes.

Le docteur Jean Grandbois a vu cette malade lors de sa première hospitalisation. L'ulcère, très douloureux, comme taillé au bistouri, se présentait comme un ulcère aigu de Lipschütz à l'origine duquel on incrimine, probablement abusivement, le *Bacillus crassus*, qui est un hôte habituel de la région.

La lésion, n'étant pas unique et étant douloureuse, on pouvait éliminer l'ulcère et la gomme syphilitique. Une autre possibilité à envisager était le syndrome de Bechet qui est une aphtose de cause inconnue qui ulcère la vulve, la bouche et les yeux. Mais c'est une maladie très chronique qui ne correspond pas à l'évolution de l'ulcère actuel.

Il reconnaît que l'avitaminose a eu sa part à jouer, mais il doute que ce soit la seule cause en jeu. L'ulcère aigu apparaît et disparaît sans qu'on sache pourquoi, et il est très récidivant.

Le docteur Carbotte ajoute qu'il a dû se passer de la collaboration du docteur Grandbois lors de la seconde hospitalisation, parce qu'il était absent.

Il signale deux cas d'ulcère aigu de Lipschütz, où il a vu plusieurs ulcérations à bords tranchés d'où on a prélevé du bacille lactique. Dans un cas qu'il a vu chez Funck-Brentano, il s'agissait d'une fille maigre et mal nourrie chez laquelle on n'a pas retrouvé de bacille.

Le docteur Gaumond, dont on requiert l'opinion, rappelle qu'il a déjà rapporté deux cas d'ulcère de Lipschütz chez des religieuses, avec identification du *Bacillus crassus*, généralement présent sans qu'on puisse affirmer qu'il soit l'agent causal. Il n'y a jamais d'adénopathie. Ici, l'évolution a été plutôt subaiguë. Il ne peut se prononcer sur la participation de l'avitaminose, mais on recommande actuellement le traitement par la vitamine C à haute dose, pas tellement pour son activité vitaminique que pour ses autres propriétés pharmacodynamiques. L'ulcère fait vraisemblablement partie d'un syndrome plus général. Cette communication est intéressante et peut aider à l'étude d'une maladie très douloureuse et encore mal connue.

## L'EXAMEN DU COUPLE STÉRILE \*

par

Dominique GAUDRY, F.R.C.S. (C), F.A.C.S.

---

L'investigation clinique de la fonction de reproduction présente certains caractères uniques qui méritent d'être sommairement signalés.

Les deux sujets doivent être examinés isolément et conjointement ; ils sont souvent relativement jeunes, vigoureux, et ne se plaignent d'aucun trouble organique ou fonctionnel.

L'état de stérilité peut être absolu, d'une étiologie facile à déterminer, causé, par exemple, par des lésions obstructives des voies génitales de l'homme ou de la femme. L'inaptitude à la conception peut aussi être relative et se traduire tout aussi bien par des avortements successifs dont l'étiologie paraît obscure que par une infécondité sans cause pathognomique bien évidente. Ces cas de stérilité relative sont les plus intéressants. L'examen clinique détaillé de ces cas nous révélera dans l'anamnèse, l'examen somatique, psychosomatique et génital d'une grande multiplicité de facteurs étiologiques. Rubin (27) a établi une moyenne de 4.81 facteurs en cause dans une imposante statistique d'unions conjugales stériles. Meaker trouve cette même incidence de 4.8 facteurs de stérilité dans une série de 200 cas (10).

Les rapports étroits entre nos procédés d'exploration et l'intimité conjugale nous imposent des égards bien définis à la dignité humaine et

---

\* Présenté à la Société médicale de Saint-Jean-Baptiste de Québec, le 11 mai 1954.

à la morale. Certaines maladroites, certaines indiscretions de notre part dans ce domaine peuvent provoquer chez les époux des réactions plus ou moins défavorables parfois funestes à leur harmonie conjugale.

Le but de ce travail est de décrire, dans ses grandes lignes, les épreuves de routine d'un examen satisfaisant du couple stérile. Cet exposé nous permettra aussi une revue et une analyse critique des nombreuses techniques d'exploration préconisées dans ce domaine.

Un simple examen gynécologique bimanuel, même s'il est complété par une hystéro-salpingographie et même s'il nous révèle certaines anomalies, est beaucoup trop sommaire pour autoriser un pronostic bien fondé, une thérapeutique bien orientée. Par contre, un examen trop complexe, trop détaillé serait plus ou moins justifiable par son coût et ses inconvénients et risquerait de compromettre l'heureuse sérénité propice à la procréation.

L'examen de routine du couple stérile est essentiellement une technique de cabinet de consultation ou de clinique externe.

L'ordre des étapes de cet examen, tout en se pliant à certaines exigences individuelles, peut être assez routinier. La première entrevue nous permet de procéder à l'observation et à l'examen physique de l'épouse qui, souvent, nous consulte d'abord seule. Dès cette première consultation, les entrevues subséquentes peuvent être préparées : l'examen de l'époux, de préférence seul, et l'examen post-coïtal de l'épouse. En pratique, ce minimum théorique d'examens se multiplie et se prolonge par la constatation d'anomalies qui nécessitent des observations plus ou moins prolongées, des contrôles et des examens additionnels.

L'observation et l'examen physique des époux, les épreuves courantes de laboratoire indiquées, ne seront pas décrits pour ne pas trop prolonger cet exposé et ne pas l'encombrer de notions trop banales. Nos efforts d'investigation clinique de l'infécondité doivent porter non seulement sur les fonctions génitales mais aussi sur un grand nombre de facteurs extragénitaux. Les nomenclatures détaillées des causes de stérilité comme celle de Rommer (23) et celle de Meaker (11), nous permettent d'évaluer l'importance statistique de ces divers facteurs.

Les éléments essentiels de la fonction de reproduction peuvent être explorés d'une façon précise et adéquate par les procédés suivants :

*Test de Hubner :*

On reconnaît universellement la haute valeur de ce test décrit par Huhner en 1913 (7). Il consiste à prélever et à examiner au microscope le mucus du col utérin, deux à six heures après un coït normal. La présence dans ce spécimen de vingt à cinquante spermatozoïdes actifs par champ de fort grossissement dénote une fonction spermatogénique normale. On considère cependant comme suffisant la présence d'un seul spermatozoïde par champ de fort grossissement.

Ce test, très simple, nous fournit de précieuses informations non seulement sur la spermatogénèse mais aussi sur la migration des spermatozoïdes dans le milieu vaginal relativement hostile, leur pénétration dans le mucus cervical qui, lui-même, est parfois impénétrable (12). On reconnaît à ce test un caractère surtout qualitatif. Il doit, le plus souvent, être complété par des études quantitatives, morphologiques et biométriques du contenu vaginal post-coïtal.

*Examen du contenu vaginal post-coïtal :*

Un spécimen du contenu vaginal post-coïtal peut être obtenu par aspiration comme le recommande Rubin (27), à l'aide d'une cuillère spéciale, imaginée par Doyle (4), ou encore, plus simplement, par le procédé de Rodriguez Villa (22) qui mérite d'être décrit et commenté. Après une période de trois à huit jours de continence, selon l'état de l'époux, et un coït normal, suivi d'une période de quinze minutes en position déclive, le contenu vaginal est ensuite recueilli par simple gravité, le sujet s'asseyant sur un récipient propre et large comme une soucoupe. Le spécimen est ensuite transvasé dans un plus petit récipient pour être immédiatement transmis au médecin.

Sur ce spécimen, toutes les déterminations usuelles peuvent être pratiquées : numération, morphologie, épreuve de motilité, épreuve de survie et mensurations biométriques.

Rodriguez Villa rapporte 707 cas d'examen du contenu vaginal post-coïtal. Ses conclusions méritent d'être citées :

« 1° La spermatobioscopie du contenu vaginal post-coïtal donne des valeurs quantitatives qui, contrairement à ce qu'on pourrait penser, sont constantes et peuvent donc, être comparées aux valeurs moyennes normales obtenues par la statistique ;

« 2° La spermatobioscopie du contenu vaginal post-coïtal, aussi bien que la spermatobioscopie pratiquée sur le liquide séminal pur, permet de connaître assez exactement les conditions anatomiques et fonctionnelles du spermatozoïde ;

« 3° La spermatobioscopie du contenu vaginal post-coïtal, aussi bien que la spermatobioscopie directe, fournit des renseignements strictement conformes à la clinique et à la thérapeutique ;

« 4° La spermatobioscopie du contenu vaginal post-coïtal rend plus facile la collaboration du mari, qui est presque toujours opposé aux études spermatisques ; car il est beaucoup plus commode pour lui de pratiquer un coït avec sa femme, chez lui, que d'aller au bureau du médecin ou au laboratoire pour la prise du liquide spermatique par des moyens artificiels ;

« 5° La spermatobioscopie du contenu vaginal post-coïtal rend possible l'étude conjointe du contenu endocervical post-coïtal dans une seule séance ce qui permet de comparer directement les spermatozoïdes déposés dans le vagin par l'éjaculation, avec ceux qui pénètrent dans l'intérieur du col utérin. De cette façon, on obtient une étude anatomofonctionnelle complète du spermatozoïde, ce qui est le véritable but d'une spermatobioscopie. »

On doit conclure, avec Villa, que l'intérêt clinique des déterminations spermatisques ne nécessite, ni ne justifie en aucune circonstance, l'obtention d'un spécimen de sperme pur « de provenance artificielle ».

Un spécimen de sperme pur, non seulement ne peut pas contenir plus qu'un spécimen de provenance vaginale, mais il perd son caractère *in vivo* d'un intérêt clinique essentiel.

L'interprétation d'un examen spermatisque doit toujours être réservé, sauf dans les cas d'azoospermie complète ou de grande oligospermie. La numération spermatisque peut varier de vingt à deux cent vingt millions par  $\text{cm}^3$  chez les sujets considérés comme fertiles. MacLeod, se basant sur des analyses soignées de mille hommes fertiles et de près de mille non fertiles, établit à vingt millions le seuil critique de la numération

spermatique d'un sujet normalement fertile (8). Mœnch fixe à un maximum de vingt pour cent les formes anormales de spermatozoïdes d'un spécimen fécondant (13 et 14).

La mobilité des spermatozoïdes est un phénomène essentiellement variable. On peut observer couramment un spermatozoïde mobile, devenir immobile et reprendre sa mobilité. Dans un spécimen frais, le pourcentage de formes mobiles est d'environ quatre-vingt pour cent. Cette proportion diminue progressivement avec le vieillissement du spécimen. Cette propriété de mobilité ne doit pas être considérée comme un indice certain de pouvoir fécondant, comme Seymour a pu le démontrer (31). Il est bien admis, et d'ailleurs bien logique, que les épreuves très simples qui nous permettent d'évaluer le rôle de l'époux dans la fécondation, doivent être pratiquées avant de procéder à d'autres épreuves chez l'épouse (34). « Infliger » une hystéro-salpingographie à une personne dont l'époux est stérile paraît injustifiable. Et pourtant cet illogisme me semble se pratiquer encore comme en témoigne une communication récente (30). On semble négliger encore trop facilement des notions bien fondées : une revue collective de la littérature portant sur 32,000 cas de couples stériles indiquerait que l'homme est en cause dans 18.8 à 40.2 pour cent des cas (23). Une azoospermie absolue se rencontre dans 13 pour cent de ces cas (32).

*Ponction de l'épididyme et du testicule. — Biopsie testiculaire :*

La ponction de l'épididyme ou du testicule est indiquée dans les cas d'azoospermie pour déterminer si cette anomalie dépend d'une obstruction des voies spermatiques ou d'une atrophie testiculaire. Ce mode de recherche est peu pratiqué parce qu'il cause de vives douleurs qui persistent pendant près de 24 heures et parce que les informations obtenues ne sont pas très probantes. En effet, on ne trouve que peu et parfois aucun spermatozoïde dans le liquide de ponction (23).

Dans l'azoospermie, la biopsie testiculaire est indiquée et se montre très utile (5, 6 et 32). Elle nous permet de déterminer l'origine de l'azoospermie et peut orienter vers une thérapeutique. Certaines formes d'atrophie testiculaire ne sont modifiées par aucune forme d'hormonothérapie (1).

*Test de Rubin :*

Chez une épouse inféconde, le principal facteur en cause est l'obstruction tubaire, facteur retrouvé dans 39,8 pour cent des 2,000 cas rapportés par Rubin (27). L'ingénieuse insufflation hystéro-tubaire, décrite par Rubin, en 1920, pour établir l'état de perméabilité tubaire est une épreuve bien facile à pratiquer (28). Les dangers d'embolie gazeuse (15) ont été éliminés par la substitution du CO<sup>2</sup> à l'air.

Des nombreux appareils utilisés pour cette épreuve, celui de Kidde (35), est probablement le plus simple (figure 1). La prise d'un tracé kymographique de l'écoulement gazeux à travers l'utérus et les trompes ne paraît pas d'un grand intérêt clinique. Les tracés obtenus sont très variables et ne semblent ajouter aucun élément nouveau, bien spécifique, à la simple insufflation hystéro-tubaire.

L'aspect thérapeutique de l'insufflation hystéro-tubaire mérite d'être signalé quoiqu'il n'entre pas dans le cadre du présent exposé. On a rapporté des proportions très importantes de trompes rendues perméables par cette insufflation hystéro-tubaire dont on recommande la pratique répétée (23, 27 et 32). L'épreuve de Rubin doit être pratiquée, même à quelques reprises, avant de procéder aux autres moyens plus complexes d'exploration de la perméabilité tubaire (23, 27, 28 et 32).

*Hystéro-salpingographie :*

L'hystéro-salpingographie est un procédé intéressant d'exploration des voies génitales de la femme. L'interprétation des clichés est parfois un peu difficile. L'injection d'une substance opaque dans l'utérus et les trompes n'est pas entièrement inoffensive. L'épithélium tubaire est fragile et des phénomènes fâcheux d'obstruction tubaire ont été causés par l'action irritante de substances opaques (27).

Ce danger et l'apport relativement restreint d'informations que l'hystéro-salpingographie fournit, en plus de celles obtenues par la simple insufflation, limitent les indications de ce mode d'exploration. Cette exploration radiologique est surtout utile dans les cas de stérilité où une tuboplastie est projetée (27). Elle permet de discerner les lésions obstructives les plus propices à la correction chirurgicale.

*Culdoscopie et pelviscopie :*

La culdoscopie est le terme imaginé par Decker pour décrire une variété pelvienne de péritonéoscopie (2). L'observation directe des viscères pelviens est certes intéressante ; cependant les informations qu'elle procure, peuvent pratiquement toutes être obtenues par d'autres procédés beaucoup plus faciles d'application, comme l'insufflation hystéro-

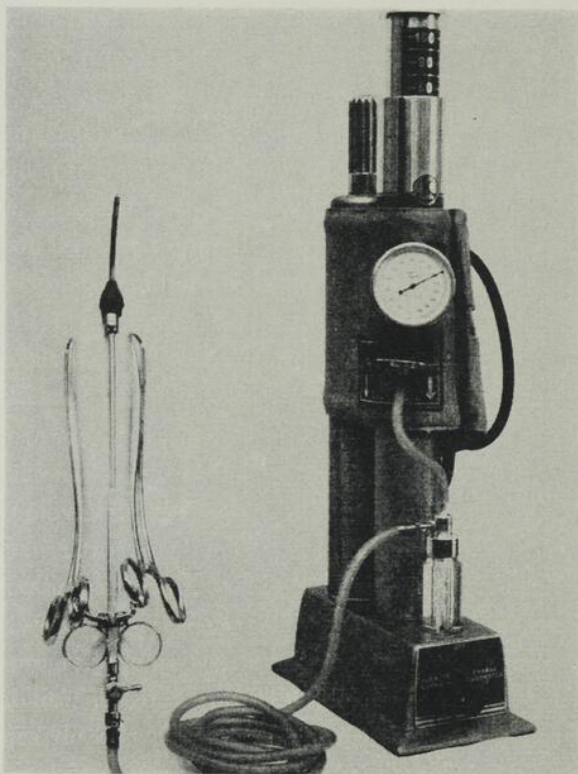


Figure 1.—Appareil « Kidde » pour insufflation hystéro-tubaire de CO<sub>2</sub> : cylindre réservoir (en arrière) se remplit par cartouche métallique usuelle de CO<sub>2</sub> et le dispositif au dessus du cylindre ; cylindre injecteur (en avant) avec piston mobile de remplissage gradué en cm<sup>3</sup> ; le poids du piston détermine une pression maximum de 200 mm de mercure. Un sphygmomanomètre relié à l'appareil et maintenu par sa manchette indique la pression du gaz et ses variations au cours de l'écoulement ; la manette au devant de la base dirige le flot gazeux du réservoir au cylindre injecteur et de ce dernier au tube fixé à la canule ; le petit manomètre en verre indique le débit en cm<sup>3</sup> par minute. A gauche, canule utérine et pinces de Jarco. Cette instrumentation permet un abouchement étanche de la canule au col utérin et laisse libres les mains de l'opérateur.

tubaire et l'hystéro-salpingographie. La culdoscopie est de plus contre-indiquée et habituellement impraticable dans tous les cas où le cul-de-sac n'est pas parfaitement souple et libre : rétroversions utérines, pelvi-péritonites cicatricielles, endométriose, etc. Pour ces raisons bien valables, ce mode d'exploration des voies génitales de la femme ne semble pas s'être beaucoup diffusé.

La pelviscopie présentée par Doule (3), en 1953, est une modification de la culdoscopie. L'observation endoscopique est pratiquée avec un appareil plus gros et introduit par une large ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur. Cette large ouverture permet quelques manipulations. L'application de cette technique est tout aussi limitée et un peu plus laborieuse que celle de la culdoscopie. L'avantage de ce genre de « laparotomie par voie vaginale » sur une exploration par laparotomie abdominale paraît difficile à démontrer.

#### *Aspects cliniques de l'ovulation :*

Dans la physiologie de la reproduction, la fonction primordiale de la femme, l'ovulation, ne peut être observée ou évaluée directement.

Les recherches de Rock et Hertig sur des œufs humains non fertilisés et fertilisés n'offrent qu'un intérêt expérimental (20). Ce genre d'expérimentation humaine dénote un mépris regrettable des principes d'une morale immuable.

Les déterminations indirectes et quelque peu incertaines, de l'ovulation sont toutefois assez bien fondées pour présenter un grand intérêt clinique.

Dans l'étude de la fonction ovarienne chez la femme présumée stérile, le phénomène essentiel à déterminer est celui de l'ovulation. La biopsie endométriale pratiquée dans la phase prémenstruelle est sûrement le meilleur procédé nous permettant d'établir indirectement le phénomène de l'ovulation (9, 21 et 29). L'aspect sécrétoire de l'endomètre provoqué par la progestérone du corps jaune est bien caractéristique. Mazer (9), en se basant sur des biopsies endométriales, a pu corroborer la notion assez bien établie que l'ovulation est un phénomène plutôt constant chez les femmes potentiellement fécondes dont les cycles menstruels sont réguliers, mais que, par contre, cette ovulation est

beaucoup moins constante chez les femmes présumées stériles (23 et 27).

Le cycle de la température basale est un excellent indice de l'activité des gonades et de l'ovulation (24 et 25). En pratique, un bon nombre de sujets réussissent assez difficilement à effectuer avec constance des lectures précises de température. La précision dans la lecture des températures est essentielle parce que la variation de température entre la phase proliférative et sécrétoire du cycle menstruel n'est que de l'ordre d'un degré.

La cytologie vaginale exfoliative reflète parfaitement l'ovulation chez les rongeurs. Dans l'espèce humaine les variations cycliques de la morphologie du frottis vaginal sont beaucoup moins tranchées.

Les premiers travaux de Papanicolaou (29) sur ce sujet ont suscité un grand nombre de recherches et de publications (16, 17, 18 et 19). Les variations cycliques du frottis vaginal ne sont pas assez caractéristiques, sont trop modifiées par les irritations d'origine septique et traumatique pour bien « refléter » le phénomène de l'ovulation.

#### *Dosage du prégnandiol :*

Les modifications récentes du dosage du prégnandiol et de ses dérivés rendent cette analyse assez sensible pour révéler la formation du corps jaune non gravide (33). Le phénomène de l'ovulation peut ainsi être déduit de la formation du corps jaune qui lui est consécutif. La complexité de ce dosage en prévient un peu l'application courante à la clinique.

#### RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

A la suite de quelques considérations préliminaires, un examen de routine relativement simple mais satisfaisant du couple stérile a été décrit.

Une revue sommaire et une analyse critique des techniques et procédés spéciaux préconisés dans ce domaine de la stérilité ont été présentées.

La recherche méthodique des facteurs étiologiques de la stérilité nécessite un agencement bien ordonné des examens (34), une détermina-

tion systématique de tous les éléments appréciables de la fonction de reproduction (35). L'épouse inféconde, souvent malheureuse, qui se présente à nous mérite notre sympathique compréhension et nos efforts les mieux dirigés. Bien que nous ne puissions pas toujours lui être secourables, nous devons du moins lui accorder l'importante satisfaction d'un pronostic bien fondé.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. CHARNY, C. W., et MERANZE, D. R., Testicular biopsy, further studies in male infertility, *Surg., Gynec. & Obst.*, **74** : 836-842, (avril) 1943.
2. DECKER, A., et CHERRY, T. H., Culdoscopy, *Am. J. Surg.*, **64** : 40-44, (avril) 1944.
3. DOYLE, J. B., Use of the pelviscope in culdotomy, *J. A. M. A.*, **151** : 605-608, (fév.) 1954.
4. DOYLE, J. B., The cervical spoon, an aid to spermigration and semen sampling, *Bull. of the New Eng. Med. Cen.*, **10** : 225-231, 1948.
5. HAMMEN, R., Experiences with examination of the fertility of men, *Acta Obst. and Gynec. Scand. (suppl. 7)*, **30** : 209, 1950.
6. HOTCHKISS, R. S., Testicular biopsy in the diagnosis and treatment of sterility in the male, *Bull. New York Acad. Med.*, **18** : 600-605, (sept.) 1942.
7. HUHNER, M., The evolution of the Huhner test, *Medical Times*, p. 349-357, (déc.) 1945.
8. MACLEOD, J., cité par SIMMONS (32).
9. MAZER, C., et al., Pseudomenstruation in the human female, *Surg., Gynec. & Obst.*, **24** : 19-26, 1932.
10. MEAKER, S. R., et VOSE, S. N., The nature of human infertility, *J. A. M. A.*, **115** : 1426-28, (26 oct.) 1940.
11. MEAKER, S. R., A working classification of the causes of sterility, *J. A. M. A.*, **90** : 111-113, (14 janv.) 1928.
12. MILLER, E. G., et KURZROK, R., Biochemical studies of human semen, *Am. J. Obst. & Gyn.*, **24** : 19-29, 1932.
13. MÖNCH, G. L., The importance and methods of semen examination in cases of sterility, *Am. J. Surg.*, **48** : 311-320, (avril) 1940.

14. MËNCH, G. L., The relation of certain seminal findings to fertility, with special reference to sperm concentration and the significance of testicular epithelial cells in semen, *Am. J. Surg.*, **47** : 586-596, (mars) 1940.
15. MËNCH, G. L., Two cases in which followed insufflation of the fallopian tubes, *J. A. M. A.*, **89** : 522, 1927.
16. PAPANICOLAOU, G. N., Sexual cycles in human female as revealed by vaginal smears, *Am. J. Anat.*, **52** : (supp.) 519-637, 1933.
17. PAPANICOLAOU, G. N., Improved methods for staining vaginal smears, *J. Lab. & Clin. Med.*, **26** : 1200-1205, (avril) 1941.
18. PAPANICOLAOU, G. N., A general survey of the vaginal smear and its use in research and diagnosis, *Am. J. Obst. & Gyn.*, **51** : 316-324, (mars) 1946.
19. PAPANICOLAOU, G. N., The vaginal and endometrial smear as a diagnostic procedure in cancer of the uterus, *New York St. J. Med.*, **45** : 1336-38, (15 juin) 1945.
20. ROCK, J., et HERTIG, A. T., Information regarding the time of ovulation derived from a study of 3 unfertilized and 11 fertilized ova, *Am. J. Obst. & Gyn.*, **47** : 343-356, (mars) 1944.
21. ROCK, J., Medical progress : ovulation, *New England J. Med.*, **225** : 910-917, (déc.) 1941.
22. RODRIGUEZ-VILLA, Post-coital examination of the vaginal contents, *Transactions of the first world congress on fertility and sterility*, New-York, 1953. A être publié. Communication personnelle de l'auteur.
23. ROMMER, J. J., Sterility. Its causes and its treatments, *Charles C. Thomas*, Springfield, É.-U. d'A., 1952.
24. RUBENSTEIN, B. B., *Endocrinology*, **22** : 41, 1938.
25. RUBENSTEIN, B. B., *Am. J. Physiol.*, **119** : 635, 1937.
26. RUBENSTEIN, B. B., The vaginal smear, basal body temperature technic and its application to the study of functional sterility in women, *Endocrinology*, **27** : 843-856, (déc.) 1940.
27. RUBIN, I. C., Sterility, *Lewis' Practice of Surgery*, vol. X, chap. 9.
28. RUBIN, I. C., Nonoperative determination of patency of fallopian tubes in sterility ; intra-uterine inflation with oxygen, and produc-

- tion of an artificial pneumoperitoneum, *J. A. M. A.*, **74** : 1017, 1920.
29. RUBIN, I. C., Diagnosis of the etiological factors in female sterility, *Bull. New York Acad. Med.*, **18** : 537-550, (août) 1942.
30. Référence omise par discrétion.
31. SEYMOUR, F. I., Sterile motile spermatozoa, proved by clinical examination, *J. A. M. A.*, **112** : 1817-1818, (6 mai) 1939.
32. SIMMONS, F. A., The diagnosis and treatment of the infertile couple, *South. Med. Ass.*, **46** : 33-39, (janv.) 1953.
33. SOMMERVILLE, I. F., GOUGH, N., et MARRIAN, G. F., The quantitative determination of small amounts of pregnanediol in human urine, *J. Endocrinol.*, **5** : 247-57, 1948.
34. WILLIAMS, W. W., Routine order of examinations for the diagnosis of sterility, *Am. J. Obst. & Gyn.*, **47** : 537-540, (avril) 1944.
35. WOODHULL, R. B., Utero-tubal insufflation with CO<sup>2</sup> in the treatment of sterility, *Quart. Bull. Northw. Clin.*, p. 11, (15 mai) 1950.
-

LE TRAITEMENT RATIONNEL  
DES VAGINITES A *TRICHOMONAS*, A *MONILIA*  
ET A FLORE MIXTE  
PAR L'ASSOCIATION DU PROPIONATE DE SODIUM  
ET DE LA DIIDOHYDROXYQUINOLÉINE \*

---

(Étude de quarante cas)

par

Adéodat SAUCIER et René SIMARD

de l'Hôpital de la Miséricorde de Québec

---

Il est difficile de se faire une idée exacte de la fréquence des vaginites à *trichomonas*, à *monilia* et à flore mixte. Les auteurs qui les ont décrites en Allemagne, aux États-Unis et en France, Donné (1837), Rodecurt (1934), Hœhne (1916), Burger (1935) et Hesseltine, produisent des statistiques fort différentes, variant de 10 à 88 pour cent de l'ensemble des vaginites. Ici, à l'Hôpital de la Miséricorde de Québec, nous avons environ 30 à 35 pour cent des patientes qui souffrent de ces infections, dont 90 pour cent de vaginite à *trichomonas*.

Dans les cas de telles infections, qui nécessitent des traitements très longs et peu ou pas efficaces, nous avons décidé d'utiliser les suppositoires

---

\* Reçu pour publication, le 31 août 1954.

vaginaux *Propi-Vaginal*†, qui sont présumés ne donner aucune sensation de brûlure, ni produire aucune irritation. Tout d'abord, nous indiquerons la technique utilisée et, finalement, nous étudierons les résultats obtenus.

Le traitement s'établit ainsi : dépistage par prélèvement vaginal et premier traitement de quinze jours à raison de trois suppositoires *Propi-Vaginal* par jour, durant trois jours, et de deux par jour, durant douze jours. A l'issue de ce premier traitement, on fait un prélèvement de contrôle. Quel que soit le résultat de ce prélèvement, nous continuons encore pendant quinze jours, à raison de un suppositoire par jour. A la fin du traitement complet, soit trente jours, un nouveau prélèvement vaginal est fait et, finalement, quinze jours après, un dernier prélèvement de contrôle. Si le deuxième prélèvement est encore positif, nous continuons le traitement à raison d'un suppositoire par jour, durant quinze autres jours et faisons un autre prélèvement de contrôle. Il en est ainsi jusqu'à ce que nous ayons obtenu un résultat négatif.

Il est très important de noter qu'il ne faut pas se fier uniquement à l'amendement des symptômes, mais surtout à l'examen de laboratoire, car toutes les patientes ont éprouvé une diminution très marquée de la leucorrhée et du prurit après cinq ou six jours du premier traitement, alors que le prélèvement revenait parfois encore positif après la fin du traitement. Quelle que fût aussi la longueur du traitement complet, aucun érythème ne fut décelé chez les patientes.

Pour plus de sécurité dans nos recherches, une infirmière était chargée de placer elle-même les suppositoires *Propi-Vaginal* aux patientes, avec un doigtier pour chacune, et ceci durant tout le traitement. De plus, les patientes restaient au lit vingt minutes après l'introduction de chaque suppositoire.

Le tableau I présente une fiche de traitement et indique les observations et les examens que nous avons effectués dans chacun des cas.

Nous avons utilisé cette technique de contrôle au cours du traitement de quarante patientes. Le tableau II présente les résultats que nous avons obtenus.

Comme on peut le constater, huit patientes ont eu un prélèvement positif après un traitement complet de trente jours. Il en fut ainsi pour

† Les suppositoires *Propi-Vaginal* utilisés pour cette étude nous ont été gracieusement fournis par la Compagnie Anglo-French Drug.

cinq autres patientes, quinze jours après la fin du dit traitement. De ce total de treize patientes, quatre avaient encore un résultat positif après

TABLEAU I

*Fiche de traitement aux suppositoires Propi-Vaginal*

TRAITEMENTS	Date des prélèvements	Recherche des trichomonas	pH du col	pH du vagin	Leucorrhée	Douleur et érythème dus au traitement
<i>1<sup>er</sup> traitement</i> : du 9 déc. au 25 déc.....	2-12-53	+	7,5	5,0	+	0
	26-12-53	+	4,5	4,5	+	0
<i>2<sup>e</sup> traitement</i> : du 21 janv. au 5 fév.....	25- 1-54	+	4,5	4,5	+	0
	8- 2-54	0	7,5	7,5	+	0
<i>3<sup>e</sup> traitement</i> : du 9 fév. au 24 fév.....	24- 2-54	0	7,5	6,0	0	0
	11- 3-54	0	—	—	0	0

TABLEAU II

*Résultats obtenus au cours du traitement aux suppositoires Propi-Vaginal*

TRAITEMENTS	Recherche du trichomonas		Contre-indication
	Résultats positifs	Résultats négatifs	
Premier traitement (30 jours) : après 15 jours.	6 cas	34 cas	aucune
après 30 jours.	8 cas	32 cas	aucune
15 jours après la fin du traitement.....	5 cas	35 cas	aucune
Deuxième traitement : (15 jours).....	4 cas	9 cas	aucune
Troisième traitement : (15 jours).....	2 cas	1 cas	aucune

un traitement supplémentaire de quinze jours à raison de un suppositoire par jour.

Seulement trois patientes ont reçu un troisième traitement identique au deuxième, car l'une d'elles a accouché prématurément.

L'expérience n'a pu être poursuivie plus de deux mois en moyenne pour chaque cas car les patientes accouchaient par la suite et quittaient l'hôpital.

Nous avons noté, ainsi que les infirmières, que les cinq patientes dont les prélèvements sont demeurés positifs ou le sont redevenus, étaient des sujets qui n'avaient aucune notion d'hygiène personnelle et, chez lesquelles, tous les conseils et recommandations furent vains. Pour prévenir toute infection et réinfection, il ne faut pas manquer d'avertir les patientes que, lors de leur toilette vulvaire, elles doivent procéder d'avant en arrière et non vice-versa.

En résumé, le suppositoire vaginal Propi-Vaginal est actuellement un très bon médicament pour les vaginites énumérées plus haut. Un traitement de trois suppositoires par jour, pendant trois jours, de deux par jour, pendant douze jours et de un par jour, pendant quinze jours, nous a donné une guérison complète dans environ 80 pour cent des cas, sans aucune irritation locale due à la présence des suppositoires vaginaux.

#### REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier les infirmières du laboratoire, du Service de consultation et de la stérilisation, qui nous ont si généreusement prêté leur concours, malgré le surcroît de travail qui leur fut imposé, pour mener en toute sécurité cette étude à bonne fin.

---

# MÉDECINE SOCIALE

---

## LA RÉADAPTATION DES TUBERCULEUX \*

---

Élaboration d'un programme adéquat  
et formulation d'un projet pour la province de Québec

par

André BEAUCHESNE, M. D.

---

### CHAPITRE III

#### HISTORIQUE DE LA RÉADAPTATION

*Aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en France*

Dans le monde, le concept de la réadaptation ne marque pas une évolution de la pensée inspirée de l'esprit chrétien et de l'amour du prochain, en général, bien que nombre de ses plus fervents apôtres aient pu ressentir le stimulus de la charité pour leurs frères souffrants. La réadaptation est bien plutôt un pendant du phénomène de la prolongation de la vie humaine, et des problèmes économiques et sociaux que causent les handicapés.

---

\* Cf. *Laval Médical*, 19: 1380, (déc.) 1954 et 20: 71, (jan.) 1955.

Cette situation se répète dans tous les pays. Cependant chacun aborda le problème à sa façon et le solutionna pour le mieux. Tirons profit des erreurs passées d'autrui et imitons leurs réalisations qui furent un succès, tout en les adaptant à notre milieu et en tenant compte de ce que nous possédons déjà.

A cette fin une étude succincte de la réadaptation à l'étranger s'impose. Nous verrons particulièrement les programmes et les réalisations des États-Unis, de la Grande-Bretagne, de la France et de quelques autres pays.

#### *La réadaptation aux États-Unis :<sup>1</sup>*

S'il est un pays qui peut présenter un intérêt particulier dans l'étude que nous entreprenons c'est bien celui des États-Unis. Tout comme le Canada, il est constitué d'États fédérés ayant chacun leur gouvernement autonome et travaillant conjointement avec un gouvernement fédéral central. Tout programme, à l'échelle provinciale ou nationale, présentera certaines similitudes au point de vue administratif.

Aux États-Unis, comme partout ailleurs, la réadaptation s'est développée lentement. Plusieurs programmes furent élaborés et appliqués, puis modifiés au besoin pour s'adapter aux exigences des handicapés.

Avant 1918 et 1920, le problème de la réadaptation était surtout celui d'organisations humanitaires, puis de commissions gouvernementales pour les accidentés de l'industrie. Leur programme consistait principalement dans des bureaux de placement spécialisé pour handicapés. Mais en outre il rendait des services inestimables en poursuivant des recherches d'envergure, en compilant les cas des différentes sortes de handicap, en promouvant l'éducation du public et en stimulant l'établissement de nouveaux Services.

Il fallut attendre 1918 pour le *Soldier Rehabilitation Act*, la guerre ayant intensifié le besoin de réadaptation. D'après cette loi, le vétéran handicapé pouvait se procurer, de différents Services gouvernementaux, un entraînement professionnel, une allocation de subsistance, une

---

1. Ces renseignements sont tirés de :

- a) *Background data*, ch. VIII ;
- b) PATTISON, H. A., *Rehabilitation of the tuberculous*.
- c) Une visite à Saranac-Lake, Trudeau, Ray-Brook, Sun-Mount.

compensation pour son invalidité, et des soins médicaux dans la mesure du possible. Plus tard, tout fut centralisé au *Veterans' Bureau*.

L'expérience ainsi acquise donna l'impulsion requise pour l'extension de ces Services aux civils handicapés. Le résultat en fut l'acte Fess-Kenyon de 1920. D'après cette loi, un système d'octrois (*grant-in-aid*) fut établi pour promouvoir un programme de réadaptation dirigé par les différents États. Les frais en étaient payés conjointement par ces octrois spéciaux du fédéral et une somme identique de l'État concerné, et cela sur la base de l'estimé de la population.

Cette loi prévalut, sans modification substantielle de 1920 à 1934. Elle considérait la réadaptation tout d'abord comme une affaire de placement spécialisé. Les gouvernements étaient incapables de développer un programme approprié. Si requis, on employait, comme approche, la formation professionnelle du handicapé. Mais on ignorait totalement les techniques de récupération physiques de l'individu, ou procédures et techniques de la réadaptation médicale.

En 1943, le Congrès adopta les amendements requis pour remédier à la situation et prévoir des provisions fiscales plus libérales, sous le nom de *Barden-La Follette Act, Public Law 113*.

A ce propos, le rapport annuel 1944 (p. 2) de l'*Office of Vocational Rehabilitation*, É.-U. d'A., disait : « Where a disabled person may be made fit for employment, through rehabilitation, and become a tax producer rather than a tax consumer, it would seem poor economy to deny him these necessary services. This the dollars and cents justification of the program. »<sup>1</sup>

Le programme réalisé attribue au gouvernement fédéral, comme responsabilité, la gouverne générale et l'assistance technique par des organismes de consultation, l'approbation des plans des États et la certification des octrois. L'extension actuelle des Services aux handicapés est du ressort des agences de réadaptation des différents États. Il en résulte une structure administrative compliquée impliquant des ententes bilatérales et une collaboration constante dans le travail.

L'administration fédérale était du ressort du *Federal Board of Vocational Education* (1920-33), puis de l'*Office of Education* (1933-43).

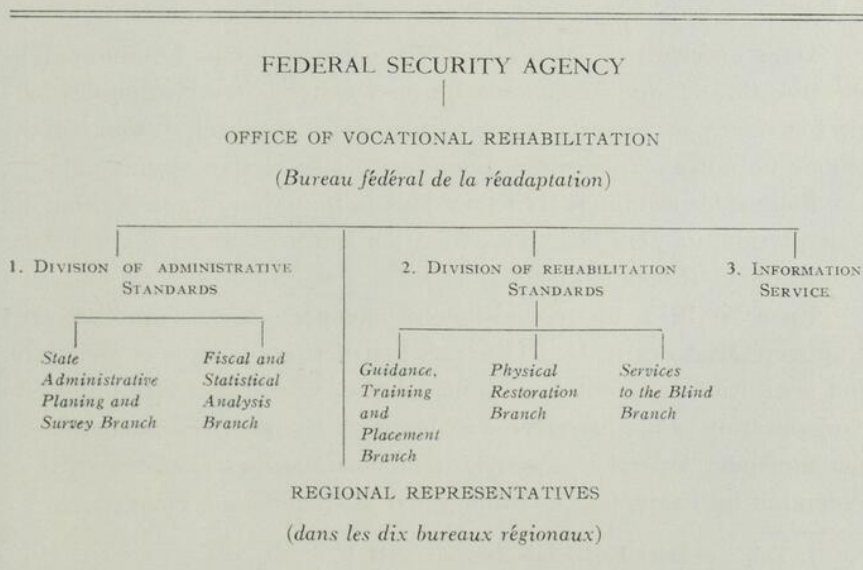
1. *Background data for the national conference*, Toronto, 1951, ch. VIII, p. 2.

Elle était, depuis 1943, la fonction de l'*Office of Vocational Rehabilitation*, une unité de *The Federal Security Agency*. L'organisation consistait principalement de deux divisions fonctionnelles ayant chacune leurs propres attributions (tableau X).

Pour assurer un minimum de réalisation, le fédéral, par sa *Division of Rehabilitation Standards*, imposait un standard minimum de base pour les Services de réadaptation à développer, standards minimum qu'il ne faut pas confondre avec les standards conseillés. Il est de plus du ressort fédéral de projeter des recherches et de poursuivre des enquêtes.

Des bureaux ou divisions de réadaptation professionnelle, avec directeurs et équipes à plein temps, constituaient l'organisation des différents États. Ces divisions sont des unités dépendant des bureaux de l'éducation professionnelle de l'État concerné quant à la supervision générale du programme.

La fonction principale de ces divisions de réadaptation professionnelle est l'élaboration de ce programme et sa réalisation sur le plan de l'État.

TABLEAU X<sup>1</sup>

1. Tableau élaboré d'après les données de *Background data for the national conference*, Toronto, (fév.) 1951, ch. VIII, p. 3.

De plus ce sont ces divisions qui doivent fournir directement aux individus handicapés les Services spécifiques dont ils ont besoin.

Ces Services devaient comprendre :

- a) Un examen complet pour évaluer l'étendue de l'incapacité, et poser un pronostic ;
- b) La restauration dans la mesure du possible par des soins médicaux, chirurgicaux, psychiatriques et hospitaliers ;
- c) Les prothèses pour améliorer l'aptitude au travail ;
- d) L'orientation professionnelle pour aider le patient à faire un bon choix ;
- e) L'entraînement professionnel à l'école, à l'emploi, par correspondance ou par un tuteur privé ;
- f) L'assistance économique pour l'entretien et le transport du patient ;
- g) Les outils, équipements ou licences requis ;
- h) Le placement dans un emploi approprié ;
- i) Le *follow-up* subséquent.

Dans un esprit de coopération, des ententes furent formulées (*Co-operative Relationship Memoranda*),<sup>1</sup> pour éviter la duplication des Services et référer les cas prévus aux agences déjà existantes, et tout autant comme un moyen d'obtenir certains services de réadaptation.

Pour aider les différents États dans la formation d'une division de réadaptation, un plan idéal d'organisation leur a été suggéré par l'*Office of Vocational Rehabilitation*.<sup>2</sup>

En avril 1953, un remaniement s'annonce. C'est l'établissement d'un secrétariat des É.-U. à la Santé, Instruction publique et Bien-être. Son institution constitue le premier jalon de ce qui doit être une vaste réorganisation administrative comprenant les Services exécutifs du gouvernement fédéral et s'étendant au domaine des relations entre le Fédéral et les États, tel que proposé par la Commission Hoover.

1. Voir à ce sujet *Background data*, ch. VIII, p. 6.

2. *Vocational Rehabilitation*, ch. 5, Office of Vocational Rehabilitation, Federal Security Agency, Washington, D. C., cité in *Background data*, ch. VIII, p. 4. Voir à ce sujet les tableaux XII et XIII.

Selon cette nouvelle réorganisation, le Bureau de la réadaptation constituerait l'une des divisions de ce secrétariat. Sa structure fondamentale est reproduite au tableau XI.

Voilà donc élaboré, dans ses grandes lignes, l'historique de la réadaptation civile aux États-Unis. Et ce programme s'est révélé un placement profitable. « The Federal income tax alone from persons rehabilitated during the 5 year period 1944-48 amounted to an estimated \$70.6 million. »<sup>1</sup>

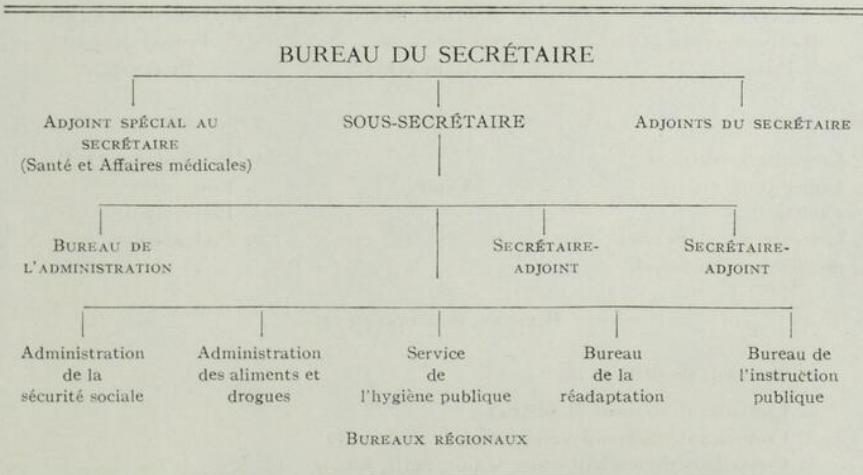
### *Programmes et projets typiques pour tuberculeux*

Notre voisin d'au delà du 45<sup>e</sup> parallèle possède plusieurs programmes typiques de réadaptation pour tuberculeux. Quelques-uns de ces programmes couvrent le domaine de la réadaptation au stage sanatorial, ou sanatorial et postsanatorial, tel que ceux de :

1° *Glen-Lake Sanatorium*, Hennejin County, Minnesota ;

TABLEAU XI<sup>2</sup>

*Secrétariat des États-Unis à la Santé, à l'Instruction publique et au Bien-être*



1. *Background data*, ch. VIII, p. 22.

2. Cité dans *Santé et Bien-être au Canada*, août 1953, page 5, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

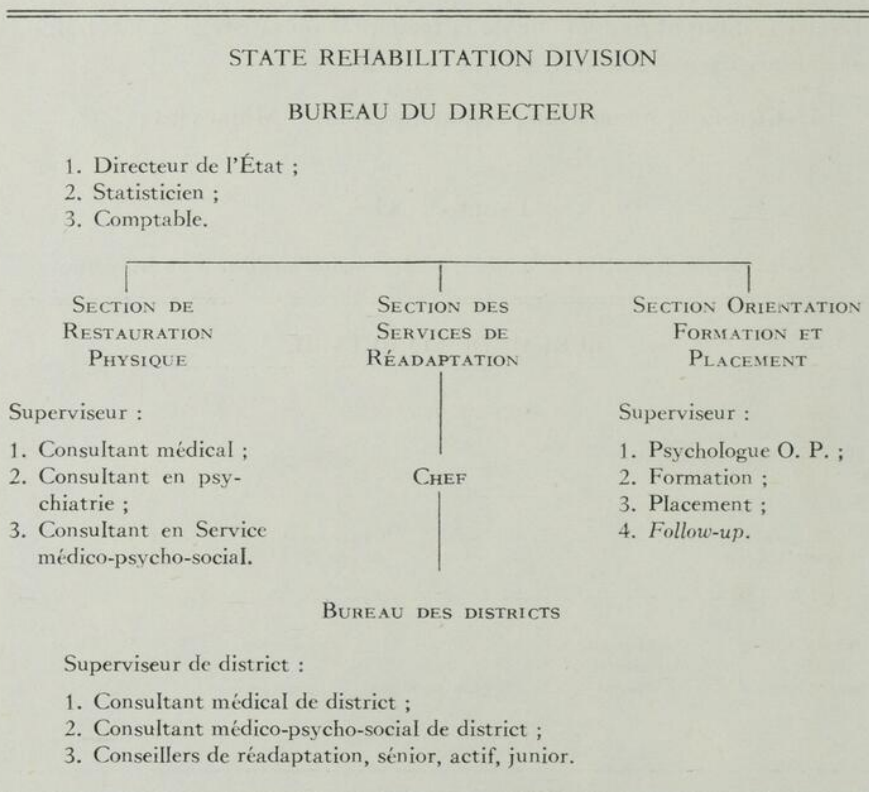
- 2° *The Massachusetts Tuberculosis League, Inc.*, de Boston ;  
 3° *The Saranac-Lake Study and Craft Guild*.

D'autres programmes couvrent le domaine de la réadaptation au stage exclusivement postsanatorial. Parmi ceux-ci on peut citer :

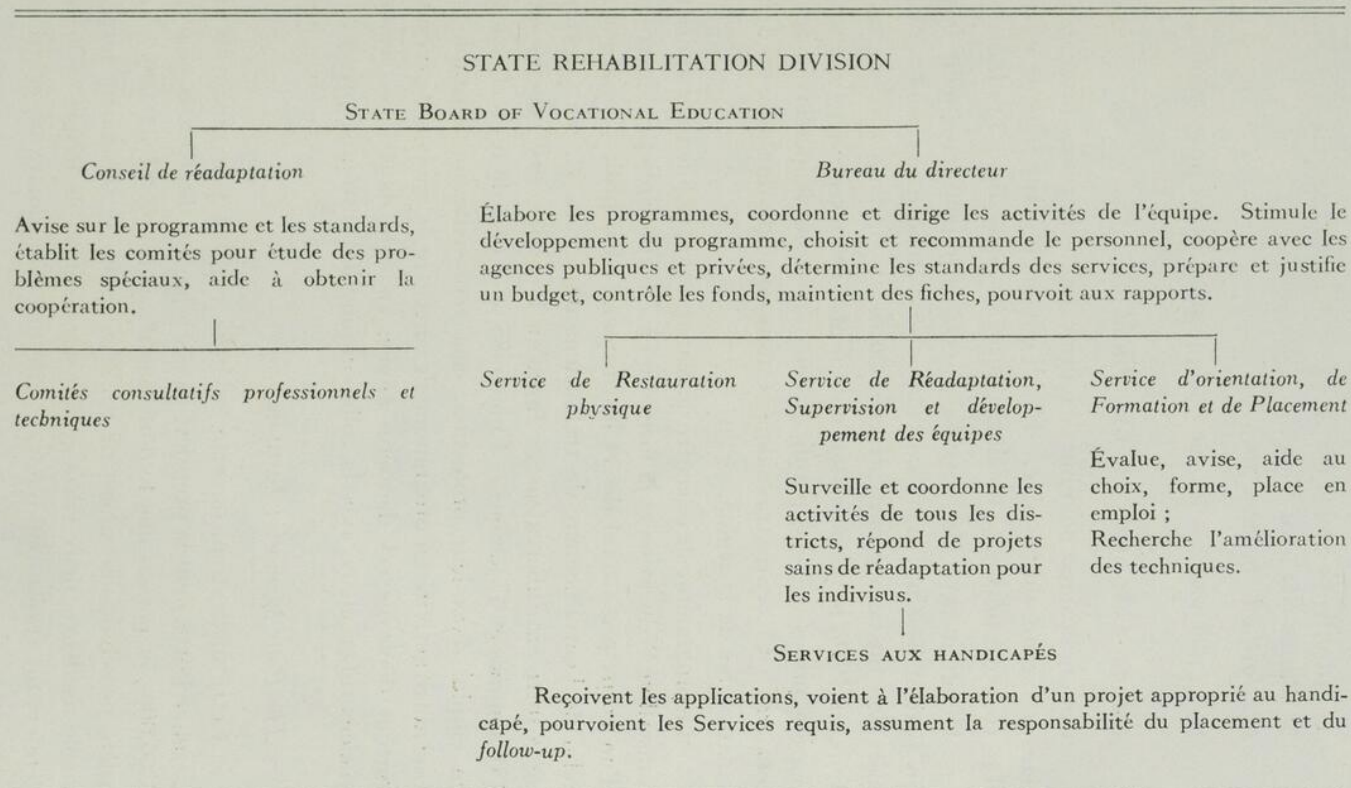
- 1° *The Potts Memorial Institute, Inc.* ;  
 2° *Lake-Tomahawk State Camp* ;  
 3° *Rutland Training Center* ;

TABLEAU XII<sup>1</sup>

Position Chart



1. Adapté de « Position Chart », State Rehabilitation Division, cité in *Background data*, ch. VIII, face à la page 4.

1. *Ibid.*, tableau XII.

4° *Altro Work Shops, Inc.* ;

5° *Boston Sheltered Shop* ;

6° *Hartford Sheltered Shop*.

Nous n'exposerons ici que quelques-uns de ces programmes.

*Saranac-Lake Study and Craft Guild :*

Cet organisme a pour but de fournir tous les Services de réhabilitation dans la mesure du possible. Établi dans une petite ville de montagne, il se trouve à proximité de plusieurs sanatoriums, dont Trudeau.

Débutant avec les divertissements thérapeutiques pour ceux qui en avaient besoin, l'organisme n'a cessé d'étendre son projet. Un premier don fut octroyé par Carnegie Corporation, de New-York, en 1936. Puis, en 1938, la reconnaissance du centre comme école publique de formation professionnelle permit à cet organisme de percevoir des taxes foncières. Ce centre travaille en étroite collaboration avec les différents sanatoriums de la région.

Le programme de ce centre de réadaptation en une seule année (1948) a distribué l'éducation et la formation à 790 étudiants par l'intermédiaire d'un corps professoral de 39 instituteurs. Un projet remarquable est celui de l'entraînement de techniciens de rayons X, pour les besoins de la lutte antituberculeuse. Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 1947, on y a entraîné 151 hommes et 67 femmes. Comme 85 pour cent de ces techniciens sont en emploi dans leur profession, cela représente un véritable succès. Une autre activité du programme de ce centre de réadaptation que l'on a surtout déployée ces dernières années consiste dans le placement des anciens tuberculeux, avec la collaboration de l'entreprise privée.

*The Potts Memorial Institute, Inc. :*

Cette institution, ouverte en 1926, est due à la générosité de Ida Caroline Potts, dont la propriété léguée a pourvu des édifices pour plus de \$300,000., et permis une hypothèque d'à peu près \$1,100,000. La propriété possédait une superficie de 70 acres où se trouvaient localisés la vieille résidence, deux villas et plusieurs édifices de ferme. L'un de ces derniers fut transformé pour en faire une boutique et un centre de for-

mation. On y ajouta d'abord trois édifices pour des fins administratives et de logement, puis plus tard un duplex.

Cette institution recevait des cas de tuberculose quiescente ou arrêtée qui avaient besoin d'une période de convalescence avant d'entrer dans l'industrie à temps entier. On y recevait un entraînement graduel au travail sur prescription médicale. Quant à ceux qui ne pourraient jamais atteindre leur complète indépendance à cause de leur condition déficiente, ils pourraient bénéficier du travail dans une usine protégée.

Chaque fois que cela est possible, le patient est incité à reprendre son ancien travail s'il n'est pas incompatible avec sa condition physique. Si sa formation n'est pas terminée, on l'incite à la poursuivre ou à apprendre un nouveau métier.

Les cours donnés à cette institution, avec entraînement pratique, sont les suivants : sténographie, secrétariat, tenue de livre.

Une entreprise qui s'est révélée un insuccès fut celle de l'élevage des animaux de diverses sortes. En plus de représenter une perte économique, le travail s'est révélé trop dur pour la capacité physique des patients. Un projet qui permit la production d'articles de réelle valeur est l'atelier d'artisanat pour les dames. Il était difficile d'entrer en concurrence, quant au prix de vente, avec les femmes de la Nouvelle-Angleterre qui produisent ces articles par temps perdu et ne réclament presque rien pour leur travail.

L'industrie qui s'est révélée un franc succès est celle de l'imprimerie. Ouverte en 1927, sur une base très restreinte et expérimentale, *The Livingston Press* n'a cessé de grandir et d'accroître sa popularité. Son chiffre d'affaires pour 1947 totalisait \$64,480.

Une autre initiative du centre fut d'organiser, au bénéfice des anciens tuberculeux des villes, une maison de vacances où l'ex-patient pourrait venir se reposer. Le coût de la pension et du logement s'élevait au prix modique de \$25. pour les 15 jours. Le *Potts Homestead* fut ouvert à cette fin dès l'été 1941.

Comme le démontre Pattison,<sup>1</sup> les activités du centre de réadaptation se sont révélées un succès autant financier que social. Le bénéfice s'élèverait maintenant à près de \$200,000.

1. PATTISON, H. A., *Rehabilitation of the tuberculous*, p. 187.

*The Rutland Training :<sup>1</sup>*

Dans les collines du Massachusetts près Worcester se trouve la petite ville de Rutland. C'est le site du premier sanatorium d'état aux É.-U., le *Rutland State Sanatorium*, du sanatorium des vétérans, *Rutland Heights*, et de deux petits sanatoria privés. Dans un édifice colonial, sur une ferme prospère, se loge le *Rutland Training Center*.

Son inauguration peut remonter à 1921, quand le *Central New England Sanatorium* fut incorporé, sous la direction du docteur Vincent Y. Bowditch, pour le soin des tuberculeux et leur postcure. En 1929, c'est le docteur Bayard T. Crane qui lui succéda, jusqu'à sa mort en 1937. Puis le soin des cas de tuberculose active fut discontinué ; les activités de jardinage, de basse-cours et de ferme furent abandonnées parce que trop dispendieuses ; et le nom même fut modifié en celui de *Rutland Training Center*, en janvier 1939.

Le programme fut désormais orienté vers le développement de la tolérance physique au travail et la formation lorsqu'indiquée. Le *curriculum*, avec travail pratique, comprend les activités suivantes : cours commercial, cours de secrétariat médical, cours de menuiserie, cours de garde-malade, administration et soin de propriété, la thérapie par un travail original et le développement de l'habileté.

*Altro Work Shops, Inc. :*

Le rapport de 1912 sur le *follow up* des patients ayant quitté le *Montefiore Country Sanatorium* sur avis médical révéla que la moitié de ceux-ci étaient soit décédés de leur tuberculose soit qu'ils avaient réactivé leur maladie, de 6 ou 18 mois après leur sortie. *Altro Work Shop* fut donc organisé, en 1915, par le *Committee for the Care of the Jewish Tuberculous*. La boutique, initialement dans un second étage, servait à la confection de vêtements d'hôpital et d'industrie, d'hôtel et de restaurant. En 1924 un nouvel édifice à deux étages s'imposa.

L'activité, dans les 33 premières années, prouva que le tuberculeux peut être aidé médicalement, socialement, psychologiquement et économiquement à prendre sa place, à côté de l'ouvrier valide, comme membre

---

1. Brochure par Harding L. WHITE, Managing director, et MALONEY.

actif de la société.<sup>1</sup> De plus, de 1915 à 1948, les salaires payés aux patients s'élevaient à \$2,917,900., alors que les pertes s'élevaient à moins de \$200,000. De 1947 à 1948, 109 patients ont gagné \$182,746.<sup>2</sup>

En février 1948, un programme fut établi pour la réadaptation des cardiaques, ou leur emploi à l'usine protégée.

Altro est sans contredit le prototype de l'usine protégée prospère en milieu urbain. C'est un succès.

#### *Boston Sheltered Shop :*

Cette usine protégée, érigée en 1930 dans une école louée de la ville de Boston, est administrée par la *Boston Tuberculosis Association*. Son but est la formation et l'emploi d'anciens tuberculeux pour les préparer physiquement et mentalement à un travail à temps entier, sous surveillance médicale. A sa sortie, le patient est aidé à se trouver un emploi. Un système de logement fut organisé en 1933.

Le patient travaille deux heures par jour à son admission, au salaire de 18 à 25 cents l'heure selon son rendement. Sa période de travail est augmentée graduellement, par le médecin, de deux à sept heures.

Une étude des réalisations fut faite en 1939.<sup>3</sup> Un total de 174 patients avaient été admis, dont 33 encore en emploi protégé. De ce groupe, 71 pour cent étaient en santé et en emploi, 8 eurent des rechutes et étaient sous traitement, 3 souffraient d'une autre maladie, 4 étaient décédés par tuberculose, 9 par une autre cause, et 5 ne furent pas retrouvés. En 1940, 43 patients furent employés ; 55 en 1941.

Il fut ainsi prouvé, qu'en plus de sauver des santés et des vies, l'usine a permis de soulager l'assistance publique de \$4. à \$20. par semaine pour chaque patient. C'est donc une œuvre constructive pour le patient et la société.

1. Voir l'étude analytique par le docteur Louis E. Siltzbach, sur les résultats obtenus avec les 964 patients (706 h. et 259 f.) ayant travaillé ainsi plus de trois mois. Cité in PATTISON, H. A., *Rehabilitation of the Tuberculous*, p. 196 et suivantes.

2. *Ibid.*, p. 196.

3. PATTISON, H. A., *Rehabilitation of the Tuberculous*, p. 206-207.

*La réadaptation en Grande-Bretagne* <sup>1</sup>

L'étude de la réadaptation en Grande-Bretagne présente pour nous un intérêt particulier, surtout à cause de l'ampleur du programme qui inclut tout problème de handicap et comporte des implications politiques, économiques et humanitaires. Quoique de la forme de gouvernement, centralisée en Grande-Bretagne et décentralisée ici, découle nécessairement une différence majeure dans l'élaboration d'un mode administratif, ces implications nous rendent des plus précieuses, la revue de leurs réalisations.

L'historique peut se résumer en trois phases importantes, pour les besoins immédiats.

D'abord la période qui a précédé la guerre de 1939 : elle est marquée par l'établissement de multiples organisations volontaires et certaines réalisations gouvernementales. Le *Workmen's Compensation Act* de 1897 établissait le principe de la responsabilité de l'employeur à l'égard des accidentés de l'industrie. Il statuait sur les compensations et les pensions d'invalidité. Le *National Health Insurance Act* de 1911 pourvoyait ces mêmes bénéfices aux invalides assurés. La première guerre mondiale (1914-1918) suscita un intérêt particulier dans la restauration de la capacité de gain du handicapé, et, par suite, initia le développement des techniques de la réadaptation médicale.

Un système volontaire, le *King-Roll*, fut formé pour s'occuper du cas des militaires handicapés : les employeurs adhérents s'engageaient à embaucher jusqu'à 5 pour cent de ces invalides pensionnés. Mais la réadaptation physique ou médicale ne reçut une attention officielle qu'en 1936 à la suite du rapport intitulé *Fractures* publié par l'Association médicale britannique (fév. 1935). Le gouvernement nomma un comité interdépartemental pour les accidentés : le rapport final de ce comité recommanda, en 1939, l'établissement d'un Service organisé de fracture couvrant tout le pays, et son développement ultérieur pour couvrir tout le handicap physique nécessitant réadaptation. <sup>2</sup>

---

1. *Background data*, ch. VII.

2. Voir « Final report of the inter-departmental Committee on the rehabilitation of persons injured by accidents », London, 1939, cité in *Background data*, ch. VII, p. 1.

Mais jusqu'ici on ne se préoccupa pas trop de la récupération psycho-sociale ou économique.

La période de la 2<sup>e</sup> guerre mondiale (1939-1945) fut marquée par un développement considérable du concept de la réadaptation. Dès le début de la guerre le *Emergency Hospital Service* du ministère de la santé fut constitué, avec multiplication de centres orthopédiques, pour prendre soin des accidentés des bombardements aériens. Puis la guerre totale nécessita l'utilisation de toute la main-d'œuvre disponible.

En 1941, un programme appelé *Interim scheme* fut réalisé pour l'orientation et la formation professionnelles des handicapés, sous les auspices du ministère du travail et du Service national. Une allocation pour le maintien des handicapés à l'entraînement et des appareils de prothèse furent fournis. Des officiers de réadaptation furent nommés. Et le comité interdépartemental<sup>1</sup> poursuivit son enquête<sup>2</sup> qui aboutit à la cristallisation des réalisations déjà obtenues, sous le statut de *Disabled Persons (Employment) Act*, passé le 1<sup>er</sup> mars 1944 et mis en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1945.

A partir de cette période il faut signaler la nationalisation des Services médicaux et leur gratuité, sous le *National Health Service Act*, en 1946, les bénéfices pour l'invalidité, sous le *National Insurance Act* de 1946, des pouvoirs et des fonds pour fin de réadaptation aux autorités locales et régionales, sous le *National Assistance Act* de 1948.

Ce programme de la réadaptation est donc actuellement une partie intégrante du système de sécurité sociale.

Les principes de la politique britannique actuelle en matière de réadaptation sont tirés de la définition qu'on y donne de la réadaptation, et se résument ainsi :

1° La réadaptation est premièrement un processus médical, formant une partie intégrante du traitement moderne, et non quelque chose qui ne survient qu'à la convalescence ;

2° Elle comprend la réadaptation psychologique tout autant que la réadaptation physique, car il est inutile d'attendre un recouvrement

1. Tomlinson Committee, (26 fév.) 1942.

2. Report of the inter-departmental Committee on the rehabilitation and resettlement of disabled persons, London, 1943.

complet tant que quelqu'anxiété inconsciente pourra demeurer la semence d'une névrose prochaine ;

3° Cette œuvre du recouvrement ne se termine pas à la sortie de l'hôpital, mais elle conduit plutôt droit au point où le handicapé est capable de reprendre sa vie normale ;

4° Le programme doit prévoir des alternatives convenables pour les patients qui ne pourront jamais retourner à leur ancien emploi, mais qui peuvent être entraînés et occuper un autre emploi de façon convenable. <sup>1</sup>

Ces principes furent aussi énoncés par le comité interdépartemental, <sup>2</sup> quoique de façon différente. Pour lui la réadaptation est un processus continu, participant à la sphère médicale tout autant qu'à la sphère sociale et industrielle. Il en résulte la nécessité d'une coopération étroite entre les Services de santé et l'industrie tout le long du processus. Et l'emploi de concurrence dans l'industrie est son objet ultime, si possible. <sup>3</sup> L'ouvrier doit être capable d'y accomplir ce travail : ce ne doit pas être une assistance palliative, une charité. Une minorité, cependant, nécessitera un emploi protégé qui devrait être pourvu par un travail gouvernemental ou d'autres travaux d'utilité publique. Les bénéfices d'un tel programme doivent être fournis à tout genre de handicapé, et un tel Service doit être considéré comme un Service social dont le coût est une obligation publique.

Les cadres administratifs de ce programme de réadaptation sont constitués de plusieurs départements gouvernementaux, de conseils et comités consultatifs, d'autorités locales et d'agences volontaires.

Le comité interdépartemental, qui a fonction de surveillance, est constitué de représentants des ministères de l'éducation, de l'assurance nationale, de la santé, des pensions, du département de la santé pour l'Écosse, du département de l'éducation pour l'Écosse, du gouvernement de l'Irlande du nord, et du ministère du travail et du Service national.

1. Tirés du *Memorandum of the United Kingdom delegation* préparé pour le *Committee on Rehabilitation and Resettlement* cité dans *Background data*, ch. VII, p. 2.

2. Report of the inter-departmental Committee on the rehabilitation and resettlement of disabled persons, London, 1943, in *Background data*, ch. VII, p. 3.

3. « The chief and continuous aim of a resettlement scheme must be to secure (competitive) employment . . . » in *The Tomlinson Report*, London, 1943, p. 6.

Chaque ministère conserve sa responsabilité exécutive dans son domaine propre.

Le conseil consultatif national se constitue d'un nombre égal d'employeurs et d'employés et d'un président nommé par le ministre du travail. Il a comme fonction de conseiller et d'assister le ministre dans son office de chargé de la réadaptation.

Les comités consultatifs locaux, au nombre de 280, ont, comme fonction, de faire leurs recommandations et leurs rapports sur les sujets qui leur sont référés, de même que d'administrer le programme de l'enregistrement et des quota. Ils sont constitués de représentants patronaux et ouvriers, avec un président indépendant et d'autres membres dont au moins un médecin.

Les autorités locales ont charge du bien-être social des handicapés de leur circonscription. Les services peuvent être fournis directement ou par l'intermédiaire d'organismes spécialisés.

Quant aux agences volontaires, elles sont habituellement spécialisées dans un genre particulier de handicap. Les Services fournis peuvent être catalogués comme suit : le Service médical de réadaptation aux hôpitaux ou aux cliniques externes ; la réadaptation industrielle, par l'adaptation physique ou mentale de l'individu, par un entraînement spécial si requis ; le Service des prothèses ; l'entraînement professionnel pour des emplois industriels, semi-spécialisés ou professionnels ; l'entraînement des grands handicapés ; l'allocation de subsistance pour le handicapé et ses dépendants ; les Services pour les groupes spéciaux, tels les aveugles, les sourds, les cardiaques, les tuberculeux, les paraplégiques, les patients de neuro-psychiatrie, les jeunes handicapés.

Le rétablissement du handicapé se présente sous cet aspect particulier :

1° L'enregistrement est volontaire pour les handicapés souffrant d'une incapacité devant se prolonger plus de six mois, mais dont le pronostic de recouvrement est même favorable ;<sup>1</sup>

2° L'enregistrement est automatique pour tous les pensionnés antérieurs ;

1. Disabled persons (Employment) Act, 1944, I (i). *Background data*, ch. VII, p. 20.

3° Des mesures spéciales sont établies pour le placement en emploi de concurrence :

a) Le *King's Roll* : à la suite de la première guerre mondiale, une entente fut conclue par laquelle des employeurs s'engageaient volontairement à employer des vétérans handicapés (5 pour cent environ de leurs employés) ;

b) Le *Quota Scheme* : chaque employeur de 20 personnes ou plus devait embaucher un nombre de diminués physiques déterminé par un décret du ministre du Travail après consultation avec les organisations ouvrières et patronales. Le pourcentage fut d'abord de deux à partir du 1<sup>er</sup> mars 1946, puis de 3, le 1<sup>er</sup> septembre 1946 ;

c) Le *Designated Employment Scheme* : (depuis septembre 1946) le ministre du Travail et du Service national, après consultation avec employeurs et employés, désignait certains emplois qui devaient être occupés tout d'abord par des diminués physiques s'il s'en présentait ;

4° Des mesures spéciales sont prises pour le placement en emploi protégé : d'après les dispositions du *Disabled Persons (Employment) Act*, une compagnie fut fondée sous le vocable de *Disabled Persons Employment Corporation Limited*, maintenant appelée *Remploy, Limited* et incorporé en 1945, pour le bénéfice des handicapés qui ne peuvent supporter l'emploi de concurrence. Le 31 mars 1949, 57 usines étaient ouvertes avec 2,477 employés. Le projet est de 135 usines. Les employés doivent être aptes à l'emploi, et même être formés sur place, si requis. La rémunération est le salaire officiel pour le genre d'emploi, si l'ouvrier peut fournir un travail régulier. Autrement il reçoit entre 70 et 100 pour 100 du salaire régulier selon ses capacités ;

5° Le placement sélectif et le *follow-up* : le *Quota Scheme* ne prévoyant que des emplois pour les handicapés, il était nécessaire qu'un officier de réadaptation ou de placement voit à la découverte d'un emploi convenable. A cette fin, en 1946, un plan pour *follow-up* fut introduit.

Une autre réalisation prévue dans l'acte de 1944 est celle d'un plan de travail à domicile pour les handicapés qui ne peuvent tirer profit même des usines protégées. Le plan prévoit, pour le handicapé, un travail exécuté sur la base de contrat, ou un travail pour son propre

compte. Plusieurs de ces organismes sont administrés par les *Remploy Factories*.

Une œuvre bien caractéristique des réalisations de réadaptation en Grande-Bretagne, c'est celle des entreprises privées. Une assistance financière du ministère du travail était prévue pour les entreprises reconnues, dès la fin de la guerre de 1914-1918. Un plan plus vaste fut prévu pour octobre 1942, puis définitivement consacré, en 1944, par le *Disabled Persons (Employment) Act*. Les octrois couvraient les dépenses d'entraînement des handicapés et les déficits encourus par les entreprises reconnues de ce genre.

Nous pouvons donc faire l'étude de quelques-unes de ces entreprises. En plus des mesures prises pour la réadaptation des divers groupes de handicapés, on peut citer, à l'honneur de l'Angleterre, la réalisation de certains projets typiques de réadaptation pour les tuberculeux :

- 1° Le village de Papworth, Cambridge ;
- 2° *Preston Hall*, Maidstone, Kent : The British Legion Village ;
- 3° *Barroumore Hall*, East-Lancashire Tuberculosis Colony, Great-Borrow, Chester ;
- 4° *Wrenbury Hall Colony*, near Nantwich, Cheshire County ;
- 5° *Spero Industries of London* ;
- 6° *Sherwood Village Settlement*, Nottinghamshire ;
- 7° *Enbam-Alamein Village Settlement*, Hampshire.

*Papworth, Cambridge* :<sup>1</sup>

Le village de Papworth, à 12 milles de Cambridge, ressemble à tous les autres villages anglais par ses résidences, ses boutiques et ses industries. Sa particularité réside dans le fait que toutes les familles comptent parmi leurs membres au moins un tuberculeux.

Papworth est un monument érigé à la gloire de ceux que la tuberculose a handicapés de quelque façon. Sa réalisation est due à l'initiative de Sir Pendrill Varrier-Jones, qui en a élaboré les grandes lignes et en fit un succès.

1. Village settlements, National Association for the Prevention of Tuberculosis, London, W. C. 1. PATTISON, H. A., *Rehabilitation of the tuberculous*, p. 209 et suivantes.

Dès 1914, alors qu'il poursuivait des recherches à l'université Cambridge, il fut nommé officier de la ville et du comté pour la lutte antituberculeuse. Il se trouva aux prises avec le problème. Ayant peu d'emplois à temps partiel disponibles sur le marché du travail, le patient pouvait difficilement affronter la concurrence dans des emplois à temps entier sans s'exposer à de la fatigue extrême et à une réactivation de la maladie. Sir Pendrill conçut un projet. Il mit son premier patient à l'entraînement, sous sa surveillance directe, dans des jardins d'Abbingdon, et ouvrit une menuiserie à Bourn en 1915. Il y employa jusqu'à 25 ouvriers.

Puis en 1918, un riche banquier, Sir Ernest Cassel, acheta la propriété de Papworth Hall à cette fin. A ce collaborateur vint s'ajouter la liste imposante des autres collaborateurs, patrons et souscripteurs : Sir Frederick Milner, l'ancien premier ministre Baldwin, le vicomte Allenby, Sir William R. Birdwood, Sir Reginald Wingate, Sir Humphrey Rolleston comme président honorifique, puis son successeur le duc de Kent, le marquis de Willingdon comme président effectif, puis la marquise de Linlithgow comme vice-présidente.

*Papworth Hall* servit d'abord à des fins hospitalières et administratives, tandis que s'élevèrent tout autour des rangées de chalets ou de cabines pour les tuberculeux convalescents et leurs familles. Puis la construction de deux édifices, un hôpital pour dames et un autre pour hommes, libérèrent le *Hall* pour des fins uniquement administratives. Un village s'éleva à proximité, avec un hôtel de ville, une église anglicane et une autre catholique, une résidence pour les infirmières, un magasin général et les différents édifices pour les industries. Il y a quelques années, pour compléter le tableau, est venu s'ajouter un édifice entièrement équipé pour la chirurgie.

Chaque patient qui entre à Papworth est d'abord admis à l'Hôpital où un relevé complet de son histoire est rédigé, un examen physique passé, et les examens de laboratoire faits. Si requis, le repos complet est exigé jusqu'à la disparition des signes d'activité de la maladie.

Puis commence l'entraînement graduel. Dès que le patient peut travailler de deux à trois heures par jour, il est transféré à un chalet,

et il commence à travailler à l'une des usines<sup>1</sup> sous l'étroite surveillance des médecins. On lui apprend d'abord les opérations les plus simples, à moins qu'il ne soit déjà un ouvrier entraîné à ce genre de travail. Pendant qu'il apprend à fournir un travail productif, il reçoit une faible rémunération qui sera graduée selon son rendement.

Le nombre d'heures de travail est augmenté graduellement, selon la capacité physique du patient, à quatre heures, puis à six ou huit heures. Dès que le patient a travaillé trois mois à six heures par jour, il est éligible au salaire des unions ouvrières.

En une seule année, les produits manufacturés et vendus par Papworth se sont élevés à \$426,000 et les salaires payés à \$101,500. Le seul moyen d'aboutir à ce succès financier est une production massive d'articles supérieurs par un équipement des plus modernes.<sup>2</sup> C'est d'ailleurs là l'expérience répétée de l'Angleterre, de la Hollande et des États-Unis.

Papworth diffère cependant de *Altro Work Shop*, de N.-Y., dans ce principe qu'à *Altro*, les seuls cas de tuberculose minime, arrêtée, quiescente, sont des candidats éligibles, alors qu'à Papworth on admet tout patient souffrant de tuberculose, en période régressive ou non, et dès qu'il peut fournir un certain nombre d'heures d'entraînement, on le met au travail.<sup>3</sup>

*Preston-Hall, Maidstone, Kent :*

En 1920, animés d'un esprit philanthropique à l'égard des anciens combattants, le docteur J.-B. McDougall et un groupe de promoteurs,

1. Les usines érigées à Papworth et qui connurent du succès sont les suivantes (PATTISON, *Rehabilitation...*, p. 212-213) :

- 1° Menuiserie et maisons préfabriquées ;
- 2° Industrie du meuble ;
- 3° Travail du cuir et de la fibre ;
- 4° Imprimerie (\$30,000. annuellement) ;
- 5° Rembourrage et matelas ;
- 6° Magasin général (\$60,000. annuellement) ;
- 7° Volaille ;
- 8° Cordonnerie ;
- 9° Dessinateurs, lettrés d'affiches, transcripteurs de plans ;
- 10° Construction et réparation du village.

2. PATTISON, *Rehabilitation...*, p. 212.

3. *Ibid.*, p. 215.

soutenus par la Légion britannique, érigèrent, à trente-deux milles de Londres, un village industriel sensiblement identique à celui de Papworth sous le nom de *Industrial Settlements, Inc.* La conception que le docteur J.-B. McDougall se fit de la réadaptation du tuberculeux diffère de celle de Sir Pendrill, au moins sur ce point. Pour celui-là, l'ancien tuberculeux devait retourner à la vie normale après être demeuré au travail de trois à cinq ans dans une usine protégée, exempt de toute manifestation de tuberculose active.

*Barrowmore-Hall, East Lancashire Tuberculosis Colony :*

Cet autre centre de réadaptation pour tuberculeux fut établi d'abord pour les vétérans tuberculeux de la guerre 1914-1918 puis, en 1930, le Service fut étendu même aux civils. Érigé sur le modèle de Papworth, le centre prévoit le traitement des cas de tuberculose active au sanatorium, la thérapie occupationnelle pour les convalescents, et un village industriel pour les anciens tuberculeux. En 1940, le sanatorium disposait de 165 lits, et le centre se composait de 26 résidences pour couples mariés et leur famille, un hôtel pour 14 jeunes gens, des usines. Le centre fut détruit au cours des bombardements de 1940 mais, dès 1943, on commença à le remettre sur pied.

Au début le centre utilisait, comme usines, les anciennes huttes de l'armée. En 1930, grâce à un don de la Croix-rouge britannique, on érigea trois usines en béton. L'industrie principale d'avant guerre était celle du bois : maisons préfabriquées et meubles. Comme industries secondaires on peut citer le rembourrage, l'imprimerie, l'élevage de volaille et l'horticulture.

Au cours de la guerre 1939-1946, ce sont les contrats gouvernementaux qui eurent priorité, à cause de la situation d'urgence. Ils contribuèrent à améliorer la situation économique. La production gouvernementale depuis 1939 est évaluée à L120,000. En 1946 on est revenu éventuellement à la production d'avant la guerre.

*Wrenbury-Hall Colony, Cheshire :*

En 1920, la Croix-rouge britannique et l'Association ambulancière Saint-Jean présentèrent au *Cheshire County Council* la somme de L30,000

et les édifices de *Wrenbury-Hall*. Le but était de constituer un centre de réadaptation (entraînement et emploi) pour les vétérans qui avaient souffert de tuberculose.

Au début, la principale activité consistait dans les travaux de la ferme. Dès 1927, on commença la nouvelle politique d'employer les anciens patients comme personnel hospitalier. En 1928, on décida d'abandonner les travaux de ferme. On admit les patients venant du *Cheshire Joint Sanatorium* et ayant commencé un entraînement graduel, pour assurer la continuité dans l'œuvre de la réadaptation. Le choix des patients était fait par le directeur médical. D'après l'expérience, quelques patients ne peuvent bénéficier du centre, soit à cause d'une tuberculose trop avancée, soit en raison de troubles psychologiques ou psychiatriques. D'autres patients pourront bénéficier grandement d'une extension du régime sanatorial, de quelques mois à quelques années. D'autres enfin exigeront toujours un travail dans une usine protégée.

Pour citer une parole du docteur Peter W. Edwards :<sup>1</sup> « In other words, some patients become arrested and cured by time and good conditions, and when arrested it is probably better for them to secure a post outside the colony. » Donc l'opinion du docteur Edwards tient de celles du docteur McDougall et de Sir Pendrill.

#### *Spero Industries of London :*

Cet autre organisme de réadaptation est constitué par une usine protégée dont les conditions et les heures de travail sont sous stricte surveillance médicale. Soixante-huit tuberculeux y travaillaient en janvier 1948.

L'usine était divisée en sept sections. A la tête de chaque section se trouve un contremaître qui est responsable du travail qui s'y fait. Le tuberculeux embauché est astreint à une période d'apprentissage dont la durée varie avec son habileté. Son nombre d'heures de travail varie selon sa capacité physique.

---

1. PATTISON, *Rehabilitation of the tuberculous*, p. 225.

En résumé, la réadaptation en Angleterre est une réalisation remarquable. Une mention spéciale doit être faite pour les centres de réadaptation industrielle réalisés sur une haute échelle, pour la récupération physique, l'orientation professionnelle et l'assistance. C'est une réussite remarquable des pionniers. Puis le gouvernement, à forme centralisée, dirigea le mouvement par l'intermédiaire d'un comité interministériel de coordination. Un programme, universel dans son application, fut réalisé par les *Disabled Persons (Employment) Act, 1944, Health Service Act, 1946, National Insurance Acts*. L'enregistrement volontaire fit tomber les objections ; le *King's Roll* prépara la mesure coercitive du *Quota Scheme*, et le programme d'usines protégées par le *Remploy, Ltd.* a fourni des emplois aux handicapés qui ne pouvaient affronter le placement en emploi de concurrence. C'est là un programme complet et intégré.

#### *La réadaptation en France*<sup>1</sup>

Qu'existe-t-il au juste en France? Peu de chose. On a envisagé une politique commune entre les adhérents au Traité de Bruxelles-France-Angleterre-Belgique-Hollande-Luxembourg. Le projet de loi proposé par le docteur Bernard Lafay a le même objet (13 octobre 1949). Mais ici les réalisations sont peu nombreuses. La tendance française n'a pas été la recherche d'un remède à la déficience fonctionnelle des malades par récupération, mais elle fut plutôt surtout l'attribution d'une compensation matérielle aux diminués, comme pension, dédommagement ou indemnité. C'est une solution appartenant à ces époques de la sécurité sociale dites Roosevelt ou Beveridge.

Les réalisations, d'initiatives individuelles, furent d'abord celles de bienfaisance privée, puis d'assistance collective. Enfin ce furent celles d'assurance. Il faut sans doute signaler les efforts dispersés de différents

1. LAFAY, B., Le reclassement social des diminués physiques, *Revue de la sécurité sociale*, (juin) 1950.

— Chroniques et diminués physiques, *Pages docum.*, (oct.-nov.) 1951.

— Nos vieillards, *Pages docum.*, (oct.-nov.) 1950.

— Les rhumatismes, *Pages docum.*, (déc.-jan.) 1952.

— Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail par Ligue.

FOUCHÉ, S., L'adaptation au travail des diminués physiques, *Économie et Humanisme, le diagnostic économique et social*, (sept.) 1949.

organismes : les ministères des anciens combattants, du travail, de la santé, la Ligue des diminués physiques, l'Assistance publique de Paris et l'O.P.H.S. de la Seine, les Caisses de sécurité sociale.

Parmi celles-ci on peut citer les Caisses régionales et centrales de Paris qui ont mis sur pied le Centre de Coubert, la Caisse régionale de Bordeaux qui a organisé le Centre de postcure de Betterette, la Caisse de Strasbourg avec son Centre de traumatologie et de rééducation professionnelle, puis le Centre d'Evry-Petit-Bourg. C'est là une ébauche de ce que les pouvoirs publics doivent mettre sur pied.

Mais le travail le plus considérable fut sans doute d'initiative privée et accompli par la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail. Ses buts et moyens d'action sont les suivants :

1° Rééduquer fonctionnellement le traumatisé, l'amputé, le paralysé (à Saint-Cloud) ;

2° Réentraîner au travail le diminué physique qui peut reprendre son métier ou doit récupérer sa capacité physique, (à Cornusse et Serquigny) ;

3° Rééduquer professionnellement le diminué physique sans profession (à Valence, Bayeux, Soisy, Sercelles et Évian) ;

4° Permettre l'exercice partiel d'un métier au diminué physique chronique (à Champigny et Romilly) ;

5° Placer dans le travail normal les stagiaires rééduqués qui retrouvent leur indépendance économique et deviennent les témoins et les artisans du reclassement professionnel des diminués physiques. La Ligue organisa tous ces centres en tirant profit de nombreux châteaux ou domaines.

Les résultats ainsi obtenus par la Ligue sont des plus encourageants.<sup>1</sup> Mais il est une particularité de la réadaptation professionnelle qu'il faut noter. En France, sur le marché du travail, la confection en série est moins généralisée qu'en Angleterre et aux États-Unis ; l'artisan, avec son métier complet, s'y rencontre plus fréquemment.<sup>2</sup> En

1. FOUCHÉ, S., *Adaptation au travail des diminués physiques, Économie et Humanisme, le diagnostic économique et social*, (sept.) 1949.

2. D'après M. R. Maranda (entrevue du 26 janvier 1954), 20 pour cent du travail de la France serait accompli par la grande industrie, alors que 80 pour cent l'est par l'atelier où les tâches sont moins diversifiées, le métier plus complet.

conséquence, les réalisations en réadaptation professionnelle ont ce caractère particulier de se préoccuper beaucoup plus de l'enseignement d'un métier. Le centre de postcure, ou usine protégée, sera beaucoup moins un centre exclusivement d'emploi, ou de réentraînement au travail pour la période de récupération des capacités physiques, qu'un centre de rééducation professionnelle.

Un autre fait à signaler est l'existence, en France, de nombreux sanatoriums professionnels, ce qui facilite la réadaptation professionnelle de ces patients.<sup>1</sup>

Voilà donc, en peu de mots, la situation en France.

#### *La réadaptation au Canada*<sup>2</sup>

Le Canada a aussi ses réalisations dans le domaine de la sécurité sociale et de la réadaptation. Il a connu le régime de l'assistance publique généralisée de l'époque Roosevelt de la sécurité sociale, puis son développement par des mesures palliatives à caractère nettement économique pour parer à la destitution de secteurs complets de la société. Tels sont les plans d'assurance-chômage pour faciliter le passage d'un emploi à un autre, les plans de commissions d'accidents du travail, d'assurance ou de pension-invalidité, pour pourvoir aux besoins des handicapés de l'industrie, les plans d'assurance-vieillesse ou fonds de pension pour faciliter le retrait du marché du travail des ouvriers âgés et leur remplacement par les jeunes.

D'autres réalisations de sécurité sociale du type Beveridge sont aussi rencontrées : c'est une ébauche audacieuse d'un plan, à caractère centralisé, de la redistribution du revenu. Son argument de base est la solidarité rationnelle. Ce furent les allocations familiales, une

1. D'après le docteur Alphonse L'Espérance (entrevue de janvier 1954).

2. a) *Background data for the national conference*, ch. III et IV ;

b) Travaux de la conférence, Toronto, (fév.) 1951 ;

c) MARANDA, C. R., « Les handicapés au Service national de placement » ; GINGRAS, G., « Allons-nous instituer la réhabilitation ? » ; GUAY, E., « La réhabilitation, nouveau ferment dans la sécurité sociale » ; GUAY, E., « Ressources de la province de Québec en réhabilitation », *Service social, Laval*, (printemps) 1953 ;

d) Entrevue avec les officiers de l'Association de la Croix de Lorraine ;

e) GINGRAS, G., Le Centre de réhabilitation (Montréal).

extension de la pension de vieillesse, les impôts sur le revenu personnel, sur celui des corporations, etc.

Aujourd'hui, à côté de ces réalisations, une nouvelle conception de la sécurité sociale est née. C'est dorénavant une tentative de valorisation de la personne, une assistance, non plus seulement palliative, mais orientée vers la restauration la plus complète possible de cette personne. Un programme pluraliste dans sa formule d'organisation et d'administration s'ébauche.

Les réalisations s'enregistrent à trois paliers différents : fédéral, provincial et agences volontaires. Nous les décrivons donc brièvement pour les seules fins qui nous concernent. D'ailleurs les réalisations sont si vastes, si variées d'un bout à l'autre du pays, sans intégration, qu'une description complète et détaillée est impossible.

Au palier fédéral, les agences intéressées à la réadaptation sont le ministère du travail, la Commission d'assurance-chômage, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le ministère des Affaires des anciens combattants. Au palier provincial, les variations sont des plus marquées quant aux réalisations ou à la forme de ces réalisations. Les agences volontaires, ici comme partout ailleurs, furent les pionnières dans le développement des Services de réadaptation. Et ces Services sont des plus complexes.

Au crédit du gouvernement fédéral on peut citer d'abord la Division des placements spéciaux du Service national de placement de la Commission d'assurance-chômage. Établie en 1943, cette division avait pour but de faciliter aux jeunes la prise du marché du travail, d'aider les anciens prisonniers et de secourir les handicapés de la manière la plus adéquate possible. Aux fins du Service, les handicapés étaient définis comme des individus pouvant éprouver de la difficulté à obtenir ou à conserver un emploi apte à leur âge, leur expérience antérieure et leurs qualifications, à cause d'un accident, d'une maladie chronique de plus de six mois, ou d'une malformation congénitale.

La Division est dotée d'équipes spécialement qualifiées pour sa fonction. Elle a maintenant établi 32 sections locales : trois dans les Maritimes, cinq au Québec, quatorze en Ontario, sept dans les Prairies et trois en Colombie canadienne. Et toutes ces équipes travaillent en

collaboration étroite avec les autres organismes gouvernementaux, tels le ministère des Affaires des anciens combattants, les Commissions des accidents du travail ou les associations volontaires.

La Section des placements spéciaux fut établie dans la ville de Québec, en 1945. Elle remplit deux fonctions : l'orientation et le placement des jeunes et des diminués physiques et mentaux. Son personnel se compose de conseillers qualifiés d'orientation professionnelle. Le processus d'orientation employé est la méthode en usage dans tous nos centres d'orientation professionnelle déjà existants. Le placement du candidat est celui d'un individu physiquement et mentalement apte au travail offert. Le handicapé doit être le meilleur homme pour l'emploi disponible et posséder la compétence requise pour soutenir la concurrence. De plus la Section s'impose les visites d'employeurs, non seulement aux fins de présenter un candidat à un poste vacant et d'en établir un *follow-up*, mais aussi pour découvrir des emplois appropriés et disponibles, pour étudier les postes de travail, et surtout pour maintenir des contacts avec les employeurs, les syndicats, les unions, les comités paritaires et les organismes sociaux.

Conjointement au Service national de placement, le ministère fédéral du travail possède une section établie par l'Acte de 1942 « pour la coordination de l'entraînement professionnel ». Cette section maintient d'étroites relations avec la Division des placements spéciaux et autres organismes intéressés à la formation des handicapés. Quant aux organismes provinciaux, ils ne peuvent recevoir d'assistance que dans la mesure où la Province concernée a conclu une entente pour chaque projet spécifique avec le ministère fédéral du travail. Et ces accords financiers varient d'un projet à l'autre. La norme de plusieurs de ces montants ainsi distribués est basée sur le taux de la population âgée de 15-19 ans de chacune des provinces.

Voilà donc pour la contribution du ministère du travail à la réadaptation.

Une autre réalisation au crédit du fédéral est celle du ministère des Affaires des anciens combattants. Un programme compréhensif et intégré y fut élaboré et mis en œuvre pour le bénéfice des vétérans. Les Services pour la réadaptation des handicapés furent les suivants :

soins hospitaliers (9,860 lits) et médicaux avec le secours de spécialistes de toutes sortes en vue d'assurer la restauration, dans la mesure du possible, des aptitudes physiques ou mentales qui auraient été atteintes ; sur approbation médicale, cours de formation ou de rééducation professionnelle ; collaboration d'un conseiller d'orientation pour assurer au choix, comme but ultime, un emploi rémunérateur ; surveillance particulière de tout le processus par le préposé à la réadaptation ; enfin Service auxiliaire social médical. De plus des appareils de prothèse sont fournis à ceux qui peuvent en bénéficier, et un centre de recherche à cette fin est établi à l'hôpital de Sunnybrook. La Division des placements spéciaux du Service national de placement fournit une étroite collaboration. Une allocation de subsistance est payée durant toute la période de traitement et de réadaptation. Tous ces Services constituent un programme adéquat pour les vétérans.

Encouragé par les magnifiques résultats obtenus, on a conçu le projet d'étendre le privilège de la réadaptation à tout civil handicapé. A cette fin fut tenue à Toronto, les 1, 2 et 3 février 1951, une conférence ayant pour but d'étudier le problème. Pour donner suite à cette conférence le ministère du Travail nomma, selon la suggestion des deux comités d'étude,<sup>1</sup> un Conseil de réadaptation des handicapés composé de 31 membres.<sup>2</sup> Les fonctions principales de ce Conseil sont d'étudier les recommandations de la conférence et les moyens actuels de réadaptation, de faire les recommandations qui s'imposent en général et quant à la politique à suivre en matière de réadaptation, de recommander l'établissement des sous-comités qui s'imposeront.

Voilà donc un premier pas vers l'établissement d'un Service approprié et intégré de réadaptation sur le plan national. Et le ministère de la Santé et du Bien-être social a depuis lors élaboré un plan d'octrois spéciaux en vue de promouvoir l'extension des Services et des programmes de réadaptation.

Au palier provincial les réalisations sont des plus variables d'un bout à l'autre du pays. Toutes les provinces possèdent un programme de santé publique quant aux Services de prévention ou de traitement.

1. Travaux de la conférence, Toronto, (fév.) 1951, p. 108.

2. *Gazette du travail*, ministère du travail, Ottawa, (avril) 1951.

La Saskatchewan et la Colombie canadienne ont même une assurance-hospitalisation obligatoire pour toute la population. Des Services de réadaptation se trouvent réalisés pour les accidentés de l'industrie. Le Québec, l'Ontario et la Colombie canadienne ont leur Commission d'accidents du travail. Des centres de réadaptation furent établis à Montréal, Malton et Vancouver. Dans les autres provinces, les Services sont achetés de diverses agences, soit d'hôpitaux généraux, soit du ministère des Affaires des anciens combattants, soit encore d'une autre province. La Saskatchewan est seule à posséder un programme approprié de réadaptation pour les civils, le *Civilian Rehabilitation Division* du ministère du Bien-être social. Il inclut les Services du diagnostic médical et de la réadaptation médicale, de l'orientation et de l'entraînement professionnels, d'une allocation pour l'entretien, et le placement spécialisé. Une aide financière, directe ou indirecte, est attribuée par les provinces dans nombre de cas ou handicaps particuliers.

En ce qui concerne les programmes élaborés pour divers types spécifiques d'invalidité, c'est aux associations volontaires que revient le mérite de leur réalisation, souvent aidée, il va sans dire, d'une assistance gouvernementale soit fédérale soit provinciale.

Les arthritiques et les rhumatisants ont vu s'améliorer leur sort, surtout depuis quatre ou cinq ans, maintenant que la découverte de nouveaux moyens thérapeutiques permet d'espérer un progrès considérable. Un nombre de programmes d'une réelle valeur ont été réalisés, et la *Canadian Arthritis and Rheumatism Society* fut fondée avec but principal d'encourager leur développement et de stimuler la formation médicale et la recherche. La Société travaille en collaboration étroite avec la *Canadian Rheumatism Association* et les autres agences volontaires et gouvernementales. En 1951, il existait 35 cliniques pour arthritiques en opération au Canada : huit unités mobiles et les autres attachées à des hôpitaux. Et les centres se multiplient.

Les malades de troubles nerveux ou sensoriels bénéficient de programmes variés.

La *Multiple Sclerosis Society of Canada*, dont le premier centre fut établi en 1948, possède maintenant neuf unités (1951) situées à Halifax, Montréal (deux), Ottawa, Toronto, Winnipeg, Calgary, Vancouver et

Victoria. La Société sert d'agence de coordination dans le domaine de la recherche, dans l'établissement à cette fin de Services de physiothérapie, dans la compilation des statistiques sur l'incidence de la maladie et sa répartition géographique, dans l'obtention d'informations et la poursuite d'un programme d'éducation publique.

Depuis la guerre, un progrès considérable fut réalisé dans le traitement de la paralysie cérébrale. Nombre de programmes furent établis dans les différentes provinces, et la formation de groupes de parents stimula l'intérêt. Dans le Québec une association pour les paralytiques cérébraux fut fondée, il y a quelques années, aux fins de développer des Services spéciaux pour les enfants paralysés. Le *Children's Memorial Hospital*, de Montréal, leur a établi une clinique préscolaire. Les patients passent, en général, un examen médical complet, surtout orthopédique ; ils reçoivent des traitements de physiothérapie, de thérapeutique occupationnelle et récréative ; ils jouissent des services d'un orthophoniste. Le travail est facilité par les clubs sociaux, les sociétés pour enfants infirmes et la Croix Rouge junior.

Les paraplégiques ont bénéficié de l'extension des Services pour les vétérans de la deuxième guerre mondiale. Dès que le traitement des vétérans fut complété, les Services furent offerts aux civils. La *Canadian Paraplegic Association*, fondée en 1945, prit charge de quelques-uns de ces centres.

Les patients souffrant de poliomyélite jouissent d'un programme gouvernemental de réadaptation dans quelques provinces, mais, dans la plupart, une certaine aide est fournie quand elle est requise. Une extension des Services fut stimulée par le programme d'octrois du fédéral pour la santé nationale. Les agences volontaires et les clubs sociaux prirent une part active dans tous les aspects du travail contre la poliomyélite, en particulier les sociétés pour enfants infirmes de l'Ontario et du Québec, et la Croix Rouge Junior.

Les aveugles, peut-être plus que tout autre groupe de handicapés, ont bénéficié de programmes extensifs et plus adéquats. C'est sans doute dû au travail de l'Institut national canadien pour les aveugles, de même qu'à celui d'autres agences. Depuis 1937, des pensions sont payées aux aveugles par les gouvernements fédéral et provinciaux, et

dans certaines provinces des soins hospitaliers et médicaux sont fournis aux pensionnés. La division pour le contrôle de la cécité du ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, en collaboration avec certaines provinces, dont le Québec, poursuit un programme de recherche et de traitement. Des Services complets de réadaptation sont fournis par l'Institut national canadien ; un registre de tout aveugle est tenu, et plus de 100 divisions régionales sont organisées dans tous les coins du Canada, fournissant l'enseignement à domicile, la tenue de maisons et de clubs pour fournir des Services occupationnels et récréationnels, l'orientation, l'enseignement du Braille, de l'artisanat, de la musique, de la dactylo, l'entraînement professionnel, l'entretien d'usines protégées. Parmi les autres agences on peut citer le *Canadian Council of the Blind*, la *Canadian Federation of the Blind* (surtout Montréal et Québec), l'*Ottawa Association for the Blind*, la *Quebec Association for the Blind* et, à Montréal en particulier, l'Association canadienne-française des aveugles, l'Association pour l'établissement des aveugles, l'Institut Nazareth de Montréal, maintenu par les Sœurs Grises, le *Montreal Association for the Blind*. Il y a au Canada, cinq pensionnats pour aveugles fournissant tous l'enseignement primaire, et dont quelques-uns fournissent l'enseignement secondaire en partie ou en entier. Il existe de plus des écoles établies avec un programme spécial pour la conservation de la vue chez des enfants souffrant d'une déficience de ce sens.

Les patients souffrant de déficiences de l'ouïe ont aussi leurs Services de réadaptation. Un travail considérable est fait au bénéfice des sourds adultes surtout par des agences volontaires, dont la *National Society for the Deaf and Hard of Hearing* et la *Canadian Federation of the Hard of Hearing*. Mais les Services de réadaptation chez ces handicapés sont surtout orientés vers l'enfant. Ils comprennent des tests scolaires d'audition et des examens médicaux, la distribution d'appareils acoustiques, et l'organisation d'un enseignement spécial, scolaire ou à domicile. Cet enseignement consiste dans la lecture sur les lèvres et la correction du langage, aux classes de jour ou du soir.

L'approche pour la solution du problème des maladies mentales est en pleine période d'évolution. Le concept de ségrégation et de

détention se modifie en celui d'un programme intégré de diagnostic, de traitement et de réadaptation. Ces progrès furent stimulés par les octrois (\$5,156,100, en 1950-1951) pour la santé mentale du programme national de santé. Ce montant servit à la formation de psychiatres, à l'achat d'appareils modernes pour traitement, à des travaux de recherche, etc. Les octrois pour la construction d'hôpitaux permit à chaque province d'étendre ses possibilités de traitement. Chaque province, d'ailleurs, a une division spéciale de son ministère de la santé intéressée aux maladies mentales. Il y a 60 institutions avec une capacité de 47,000 lits (1950). Plusieurs de ces institutions ont développé un système pour le traitement des patients externes. Il y a 50 cliniques pour santé mentale avec un personnel formé de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux. Dans le Québec, elles sont habituellement attachées aux hôpitaux généraux. Il est à noter de plus que les centres psycho-sociaux et médico-sociaux de Québec et de Trois-Rivières et l'Institut d'hygiène mentale de Montréal font partie du groupe des cliniques. Une innovation est la *Crease Clinic* de la Colombie. Avec une capacité de 325 patients, la clinique offre un traitement de quatre mois sans nécessité de détention. Et des Services d'hygiène mentale sont maintenant offerts aux écoles dans plusieurs provinces.

Un autre problème concernant les maladies mentales est celui des déficients ou arriérés. Des écoles de formation spécialisée se trouvent localisées dans la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta. Les autres provinces leur réservent une place ou un entraînement spécial dans les hôpitaux provinciaux pour maladies mentales ou nerveuses. Chaque fois que la formation est possible, une certaine éducation pratique leur est donnée pour leur permettre une indépendance aussi complète que possible.

La réadaptation des alcooliques et des morphinomanes est réalisée sur une échelle bien limitée dans les institutions pour maladies mentales, ce qui est dû sans doute à la déficience de lits disponibles. Il faut noter toutefois l'existence d'une organisation, *les Alcooliques anonymes*, dont le but principal est la réadaptation des alcooliques par la méthode des entrevues et des activités sociales. Quant à la narcomanie, la loi prévoit l'admission libre pour son traitement dans les hôpitaux pour mentaux, ce

qui est cependant peu effectif. Quant aux condamnés pour contravention à la loi de l'opium et des narcotiques, il existe peu de chose pour leur réadaptation. Il faut signaler toutefois le travail de la *John Howard Society* et des équipes de Service social auprès des prisonniers.

Les tuberculeux présentent dans ce travail un intérêt central qui n'est pas à expliquer. Si l'on veut étudier les faits canadiens en matière de leur réadaptation, on doit constater, comme pour les autres réalisations, une variété extrême de programmes sans intégration et avec nombre de limitations.

Pour le traitement, les soins sanatoriaux sont pourvus gratuitement dans six provinces. Dans les quatre autres, les patients qui en ont le moyen doivent contribuer au coût de leur entretien selon leurs possibilités. Les Services sanatoriaux de réadaptation incluent habituellement une thérapie occupationnelle et récréative, et des cours de formation académique ou professionnelle. Les patients nécessiteux reçoivent une aide financière, pour eux-mêmes et leur famille, d'agences volontaires ou gouvernementales.

La contribution fédérale, sous forme d'octrois aux provinces pour la lutte à la tuberculose, s'éleva à \$4,226,000, en 1950-1951. Ce montant fut employé, entre autres choses, à pourvoir de l'instrumentation et du personnel pour la thérapie occupationnelle et récréative et des cours de formation professionnelle.

L'Association canadienne antituberculeuse, par ses sections provinciales, collabore avec les ministères provinciaux de la santé dans leur lutte à la tuberculose. Dans certaines provinces, comme Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Alberta, l'Association fournit les Services de réadaptation aux tuberculeux et ex-tuberculeux avec la collaboration du gouvernement de la province. En Colombie canadienne, l'initiative prise par l'Association fut ensuite assumée comme responsabilité du gouvernement de la province.

Dans les Maritimes, l'emphase principale fut placée sur la formation académique et professionnelle.

Le Manitoba possède pour sa part la *Rehabilitation Division of the Sanatorium Board of Manitoba* qui distribue un service intégré d'orientation professionnelle, d'entraînement et de placement.

En Saskatchewan, la réadaptation des tuberculeux, comme celle de tous les autres handicapés, relève de la *Services of the Civilian Rehabilitation Division*. La Croix Rouge fournit des professeurs d'art et d'artisanat aux patients hospitalisés.

Dans le Québec, certains Services sanatoriaux de réadaptation se trouvent réalisés, mais d'une façon des plus variées. Alors que quelques sanatoriums ont des Services psycho-sociaux et d'orientation bien organisés, des professeurs pour l'enseignement académique, des démonstrateurs pour travaux d'artisanat ou métiers particuliers, des chargés d'atelier, ces derniers remplissant la fonction de thérapeutes occupationnels et récréatifs, d'autres sanatoriums sont dépourvus de tous ces Services ; ils ne possèdent que la section des cours par correspondance sans cours pratique pour les compléter, et des ateliers ne fonctionnant pas, faute de thérapeute occupationnel ou récréatif, ou même de chargé d'atelier. Le travail fourni dans quelques centres est d'initiative privée et sans rémunération. La part des malades y est énorme.

La réadaptation postsanatoriale, ici, fut l'œuvre d'initiatives privées et d'une agence volontaire, l'Association de la Croix de Lorraine.

Pour résumer la situation de l'ex-tuberculeux nous pouvons affirmer que des efforts de réadaptation furent tentés depuis que les premiers patients furent admis dans un sanatorium. Toutefois ils devaient lutter eux-mêmes pour la solution de la majorité de leurs problèmes. Le dévouement caché dont ils pouvaient bénéficier dans quelques centres facilitait parfois un succès remarquable. Mais trop souvent c'était la défaite, les rechutes, les frustrations, les préoccupations pour l'individu et sa famille. La confusion quant aux éléments essentiels de réadaptation a pu retarder la solution rationnelle du problème.

Après de nombreux déboires, les anciens patients trouvèrent une solution au moins partielle. Au Lac-Édouard, une étude approfondie de la situation fut faite par les patients, et quelques réalisations commencèrent à s'ébaucher : comité des loisirs, mouvement d'entraide, sections d'étude. Puis une association des anciens du Lac-Édouard fut fondée pour résoudre une partie des problèmes de leur réadaptation. Puis les cadres s'élargirent pour englober tous les ex-tuberculeux : ce fut l'origine de l'Association de la Croix de Lorraine. Les anciens se groupèrent dans

un but d'entraide, et le ministère du Travail seconda leur Association en établissant des bureaux de placement spécialisé.

La première fondation fut celle de Montréal. Puis ce fut la section de Québec qui s'ouvrit à côté de celle de Montréal, avec un Conseil central à Montréal. Il y a déjà quelques années, une troisième section se fondait, cette fois à Roberval. Ce fut la section du Saguenay. A l'automne 1953 ce fut le tour de la section des Trois-Rivières, et maintenant Mont-Joli et Hull préparent leur groupe. L'ambition est de réaliser une section par région pour desservir la province. Les moyens d'action de l'Association peuvent se résumer à l'octroi de bourses d'étude, de pensions alimentaires, à d'autres moyens d'entraide et au placement. Sa fonction est éminemment sociale : c'est un travail en collaboration avec les bureaux de placement et autres agences sociales. Ainsi un grand pas fut fait.

Maintenant il est reconnu qu'un programme complet pour le contrôle de la tuberculose est indivisible. La réadaptation est aussi essentielle que le diagnostic et le traitement médical : chaque tuberculeux est un problème en puissance. Une solution s'impose au stage sanatorial tout autant que postsanatorial ; ce sera la même ébauche de réadaptation pour chacun, qui débutera là-bas et se poursuivra ici.

Tout en reconnaissant les progrès qui furent faits dans l'organisation de Services de réadaptation ces dernières années, le développement complet de ces programmes n'est pas encore atteint. Une connaissance spéciale de la tuberculose, de la psychologie et de l'évaluation des capacités physiques de l'ex-tuberculeux est requise. Une assistance appropriée s'impose de la sortie du sanatorium à la complète récupération des forces ou au parachèvement de l'entraînement professionnel requis ; elle est actuellement insuffisante. L'intégration des divers Services de réadaptation en un programme complet et indivisible pour le contrôle de la tuberculose est aussi un item qu'il faudrait réaliser. La participation éventuelle à un programme plus vaste de réadaptation de différents handicaps serait aussi souhaitable.

Voilà donc résumées en peu de mots les réalisations actuelles (et quelques-unes de leurs déficiences) en matière de réadaptation des tuberculeux au Canada et tout particulièrement dans le Québec.

Si l'on préfère envisager sous un autre angle la réadaptation générale au Canada, les réalisations peuvent être résumées ainsi : les enfants infirmes, les chroniques, les vieillards handicapés forment trois groupes pour lesquels il existe des Services de réadaptation. Chacun de ces groupes présente des besoins communs, quoiqu'incluant chacun tout genre de handicaps. L'enfant a besoin d'être préparé à une vie pleine et utile ; le chronique, de voir son intégrité personnelle et professionnelle lui être restituée aussi complètement que possible en dedans des limitations de sa diminution physique ; la personne âgée, de maintenir aussi longtemps que possible une activité entière comme membre productif de la société.

Dans l'élaboration d'un programme global, une organisation spéciale s'impose au point de vue administratif avec coordination de tous les Services à ces trois différents paliers.

Pour les enfants invalides, il existe actuellement nombre de facilités de réadaptation. L'intérêt du public, en général très marqué pour l'invalidité des enfants, s'est reflété par les contributions considérables d'agences volontaires et de clubs sociaux. Ces dernières années, l'aide financière gouvernementale facilita l'extension des possibilités et des Services dans toutes les provinces. Dans certaines provinces, des divisions furent mises sur pied pour coordonner et développer des programmes pour les enfants infirmes. Dans d'autres, l'assistance financière fut attribuée aux agences volontaires. Des registres d'invalides sont établis, de nouveaux équipements achetés, de nouveaux Services hospitaliers aménagés pour enfants.

Dans le Québec, une mention spéciale est faite, sous la loi de l'assistance publique, pour le soin et l'éducation des enfants infirmes. Quatre écoles fournissent des services à environ 950 élèves : deux à Montréal, une à Québec, une à Sherbrooke. Les frais sont répartis entre la province, la municipalité d'origine, l'institution. La tenue d'un registre pour toute la province a été inaugurée à Montréal. Des Services hospitaliers sont pourvus par le *Sriners Hospital for Crippled Children* (65 lits), et le *Children's Memorial Hospital* (240 lits) ; une clinique domiciliaire pour les enfants d'âge préscolaire, et une clinique d'orthophonie sont en activité à Montréal. La Société pour les enfants infirmes de la province

de Québec poursuit un programme assez élaboré : les Services de cliniques, d'ambulance pour le transport des cliniques, de bureaux de placement, d'un camp d'été dans les Laurentides pour 300 enfants, telles sont les facilités de cette Société. La Croix Rouge Junior fournit, conjointement avec la Ligue Junior, de Montréal, une clinique d'orthophonie, les thérapeutes, l'équipement et les travailleurs volontaires requis. En avril 1950, une Société de réadaptation pour handicapés ouvrit un centre à Montréal. La moitié de ses patients sont des enfants. Une association pour les paralysés cérébraux du Québec vient d'être fondée.

Il y a donc de nombreuses réalisations pour les enfants infirmes ; une coordination de ces divers programmes serait souhaitable.

Comme d'autres Services de réadaptation, ceux des chroniques adultes se sont développés jusqu'à une certaine limite pour certains types de handicaps, et dans certains endroits. Ils sont demeurés à peu près inexistantes dans d'autres. Un progrès considérable fut réalisé pour certains types de handicaps : tuberculose, cécité, arthrite et rhumatisme. Les vétérans, les Indiens et les Eskimos bénéficient de programmes adéquats entièrement défrayés par le fédéral. La plupart des provinces pourvoient aux soins hospitaliers et médicaux des malades mentaux et des tuberculeux. Excepté dans ces provinces où un système d'assurance-hospitalisation existe, les soins hospitaliers et médicaux sont à la charge des individus et des municipalités, avec une assistance provinciale dans quelques cas. La construction d'hôpitaux, avec l'aide fédérale-provinciale, contribua à augmenter de 2,795 le nombre de lits pour les patients souffrant de maladies chroniques et les convalescents, de 4,548 celui des malades mentaux, de 3,124 celui des tuberculeux (1949-1950).

En dépit des progrès sur ce plan des maladies chroniques, les Services de base pour tout ce groupe de handicapés sont loin d'être adéquats. Sauf quelques exceptions où des Services adéquats de réadaptation existent, les hôpitaux pour ce groupe de patients se divisent en trois catégories : les hôpitaux pour la garde de malades, où les soins médicaux et hospitaliers habituels sont donnés ; les maisons de pension où le type et la qualité des soins varient grandement ; les résidences pour vieillards et invalides ambulatoires seulement, mais de nécessité

devant héberger des patients pour qui un centre de traitement et de réadaptation serait indiqué. Dans de telles conditions, les possibilités de réadaptation sont restreintes.

En résumé, certaines réalisations existent pour certaines maladies chroniques ; et quoiqu'on ait commencé de pourvoir à des facilités mieux adaptées, il reste encore beaucoup à faire.

Quant aux handicapés âgés, il n'existe pas de programme coordonné pour leur réadaptation. Certains Services spécifiques existent pour différents handicaps ou différents groupes de gens âgés, comme les vétérans, ou encore ceux dont l'invalidité serait compensée par la loi des accidents du travail. La Division des placements spéciaux a accompli beaucoup pour l'orientation et le placement de ces diminués physiques. Il n'y a toutefois aucun programme d'ensemble couvrant tous les aspects de la réadaptation des handicapés âgés, aucun programme intégré s'étendant au traitement, à l'orientation, à l'entraînement et au placement sélectif, leur permettant ainsi de jouir de leurs pleines activités.

Une réalisation à signaler toutefois est celle du centre de gérontologie du *Allan Memorial Institute*, à Montréal. Seule clinique du genre au Canada, elle reçoit pour entrevue et psychothérapie si requis, les patients de plus de 50 ans référés par le Bureau catholique du bien-être social et l'Association du bien-être familial de Montréal. Un psychiatre, un psychologue et une assistante sociale forment l'équipe chargée de résoudre les problèmes émotionnels suffisamment sérieux pour devenir un handicap.

Voilà les réalisations canadiennes (et quelques-unes de leurs déficiences) en matière de réadaptation, groupées ici selon certains besoins communs. Résumées aux trois paliers de l'enfant infirme, de l'adulte handicapé chronique et du diminué physique ou mental âgé, elles permettent de faire une synthèse et suggèrent un programme global de coordination des Services. Toute l'œuvre de la réadaptation peut s'intégrer en un programme pluraliste dans sa formule d'organisation et d'administration, sous l'égide provinciale, et la coordination du Conseil de réadaptation des handicapés au Canada.

Nous voyons mieux comment tirer profit de la situation présente, et où cadre un programme intégré de réadaptation pour les tuberculeux du Québec.

Je m'en voudrais de terminer sans étudier plus en détail les réalisations d'un centre de réadaptation à Montréal, le Centre de réhabilitation des infirmes, dirigé par le docteur Gustave Gingras. L'on y projette un édifice dont tous les plans ont été conçus en fonction des invalides, vu la variété des cas à traiter. Actuellement la Société possède une équipe des plus complètes composée de deux médecins psychiatres, d'un psychiatre, de trois physiothérapeutes, d'un thérapeute occupationnel, de deux orthophonistes, cinq travailleurs sociaux médicaux, un psychologue, deux experts en orientation professionnelle et officiers de placement des handicapés, quatre secrétaires médicales. En attendant l'érection du Centre, la Société poursuit ses activités aux hôpitaux qui ont cédé quelques lits aux fins de la réadaptation : *Montreal Convalescent Hospital*, l'hôpital Pasteur, l'hôpital Reine-Marie<sup>1</sup>. La preuve de l'efficacité des procédés est faite. L'expérience a donné raison aux promoteurs du mouvement. Voilà pour les réalisations canadiennes.

(A suivre.)

---

1. Lettre du docteur G. Gingras, directeur médical du Centre de Réhabilitation, Montréal, en date du 29 jan. 1954.

# MOUVEMENT MÉDICAL

---

## LES THÉOLOGIENS ET LA MÉDECINE

par

Abbé J.-P. SCHALLER, S. T. D.

---

Ce serait faire preuve d'un esprit peu averti que d'imaginer aujourd'hui qu'une science est à même de se développer sans recourir aux lumières d'autres disciplines. Il est impossible qu'un biologiste ou un juriste, qu'un médecin ou un théologien, qu'un homme de lettres ou un sociologue puissent œuvrer dans leur sphère, sans devoir fréquemment pénétrer dans celle du voisin. Encore faut-il bien établir que le mot pénétrer ne signifie pas ici s'arroger des droits qu'on n'a pas, ou traiter un sujet qu'on ignore. Pénétrer veut dire demander avis et conseils ou aussi construire une saine critique de l'opinion professée par des érudits sur des problèmes où il y a rencontre de plusieurs sciences. Or la théologie, elle également, est une science : saint Thomas d'Aquin l'a démontré dans la magistrale première question de la *Somme théologique*. Il relève que la doctrine sacrée

« procède de principes appartenant à une science supérieure, qui n'est autre que la science même de Dieu et des bienheureux »  
(I, q. 1, a. 2, c.),

et il ajoute :

« L'unique science sacrée, réunissant en soi tous les objets des sciences philosophiques, les considère de son unique point de vue, à savoir en tant qu'objets de la révélation. Aussi cette science,

toute humaine qu'elle soit, se présente-t-elle comme une impression de la science divine elle-même, une et simple à l'égard de tout » (a. 3, ad 3).

Une bonne théologie utilise les principes que propose la raison en plus de ceux fournis par le donné révélé. Pareille science devra donc être ouverte à de multiples disciplines, tant pour en recevoir des éclaircissements que pour les orienter en des voies sûres. Cette science qui s'occupe de Dieu et des créatures en tant que vestiges du Créateur, ou même en tant qu'images de Dieu s'il s'agit d'êtres raisonnables, ou encore en tant qu'enfants du Père si nous entrons dans le domaine de la grâce, cette science ne peut ignorer ce que la médecine, et surtout l'actuelle médecine, apporte comme lumière concernant la création et la créature. Il y a une collaboration non seulement possible mais nécessaire entre ces disciplines. On a déjà souligné, de tous côtés, la rencontre fructueuse comme aussi les conflits éventuels entre prêtre et médecin. Nous n'avons pas l'intention de traiter ici ces questions, soulevées si souvent, d'avortement, d'euthanasie, de fécondation artificielle, etc. Nous ne désirons pas non plus décrire longuement le travail en commun du médecin et du prêtre au chevet du patient car nous sommes arrêté ailleurs à ce problème.<sup>1</sup> Mais ce qu'il faut rappeler avec insistance c'est la collaboration possible entre médecine et théologie pour l'élaboration d'un programme de vie, d'une compréhension de l'existence, de ce que la langue allemande nomme *Weltanschauung*. Le théologien n'est pas là uniquement pour dire au médecin : ceci est permis, cela est défendu. Le médecin n'est pas là uniquement pour dire au théologien : ceci est normal, cela est pathologique. Ils doivent se rencontrer également pour une mission moins rigide et plus constructive, à savoir pour ensemble donner à l'homme les moyens de réaliser heureusement sa destinée d'être doué d'un corps et d'une raison, de la liberté, et de la grâce enfin qui perfectionne les dons naturels.

#### RESPECT DU CORPS

On a souvent estimé, trop souvent, que les prêtres ou les théologiens se montraient en principe méfiants à l'égard de tout ce qui regar-

1. Abbé J.-P. SCHALLER, *Prêtre et médecin en face du malade*. Porrentruy (Suisse), Le Jura, 1949, p. 316.

dait le corps. Parce que le péché originel, en dérangeant l'harmonie de la nature, avait aussi troublé l'équilibre entre le corps et l'âme, on a parfois exagéré les mesures de prudence à l'endroit du somatique. On se félicite aujourd'hui de voir des théologiens écrire un plaidoyer pour le corps et des prédicateurs établir une théologie de l'hygiène.<sup>2</sup> Il convient de se demander cependant si cette méfiance de jadis, ou même ce mépris pour le corps constituaient l'attitude officielle de l'Église. Il faut se garder de confondre les élucubrations de certains directeurs d'âme peu épanouis avec ce que le christianisme comme tel propose aux fidèles. Il y a des « bons conseils » qui cachent la sottise ; il y a des directives, dans certains pensionnats, qui croyant cultiver la pureté favorisent l'obsession. Cela, ce n'est pas encore la théologie du corps ! Saint Benoît, en son temps, n'a certainement pas donné l'impression d'un conseiller inquiet, et c'est avec le bon sens dicté par les coutumes d'alors que le célèbre moine écrivait par exemple dans sa Règle : « On offrira aux malades l'usage des bains toutes les fois qu'il sera expédient ; mais à ceux qui sont en bonne santé, aux jeunes gens surtout, on l'accordera plus rarement. »<sup>3</sup> Si l'hygiène a parfois été méconnue ce fut par des théologiens manquant de paix intérieure, croyant que leur propre inquiétude était le fait de tous les mortels. Le docteur P. Galland a parfaitement montré qu'au moyen âge on n'a pas du tout négligé la propreté et que le corps recevait également les soins voulus.<sup>4</sup>

Or au moyen âge vivait Thomas d'Aquin. La manière dont l'illustre Docteur parle du corps prouve qu'il n'ignorait aucunement le rôle de ce dernier dans notre vie. Ce n'est pas aujourd'hui seulement qu'on sent les théologiens prendre en considération l'importance du facteur somatique. A l'époque médiévale on était conscient de cette importance, même si la biologie n'avait pas encore proposé ses étonnantes découvertes actuelles. Lorsque saint Thomas traite du péché il songe au rôle du corps. Pour le Docteur angélique l'influence des nerfs,

2. R. Père V. POUCEL, S. J., *Plaidoyer pour le corps*. Paris, Plon, 1938 ; R. Père M. RIQUET, S. J., *Le Chrétien face à la vie — Évangile et biologie*. Paris, Spes, 1948 ; *Conférences de Notre-Dame de Paris, Carême 1948*.

3. *La Règle de saint Benoît*. Traduite par Dom G. Morin, Fribourg (Suisse), Saint-Paul, 1944, p. 150, chap. XXXVI.

4. Docteur P. GALLAND, *L'Église et l'hygiène au moyen âge*. Paris, Librairie M. Lac, éditeur, 1933.

du mésencéphale ou des glandes endocrines n'est pas encore connue comme elle l'est aujourd'hui : il ramène tout au cœur selon l'opinion d'alors.

« Il est évident — écrit-il — qu'une maladie est d'autant plus grave que le bon équilibre est rompu sur un point plus vital : ainsi, une maladie du cœur ou de la région du cœur est toujours plus dangereuse » (*I/II, q. 73, a. 3, c.*).

Mais ceci n'a que peu d'importance tant on verra combien saint Thomas pressent le rôle du physique dans les actes humains. « La maladie, dit-il, fait perdre le bon équilibre des humeurs » (*q. 73, a. 2, c.*), trouble ces dernières (*inordinatio quædam in humoribus : q. 72, a. 5, c.*), tandis que « le bien de la santé consiste dans un certain équilibre des humeurs en rapport avec la nature de l'animal » (*in quædam commensuratione humorum : q. 73, a. 3, c.*). Ainsi donc, affirme plus loin saint Thomas,

« on dit que le corps de l'homme est infirme quand il est débilité ou entravé dans l'exécution de ses propres opérations par quelque dérèglement de l'organisme qui est cause que les humeurs et les membres n'obéissent plus à l'énergie faite pour les régir et les mouvoir » (*q. 77, a. 3, c.*).

La passion vient déranger également l'harmonie. Saint Thomas, fidèle à Aristote, sait que la passion provoque une modification dans l'organisme (*per quandam immutationem corporalem : q. 77, a. 2, c.*) en tant que mouvement de l'appétit sensible (*motus appetitus sensitivi : q. 77, a. 1, c.*). Ceci étant établi, le Docteur angélique pouvait écrire ces lignes qui laissent songeurs, aujourd'hui, les spécialistes en hormonothérapie :

« L'infirmité de l'âme peut s'appeler aussi l'infirmité de la chair car c'est parce que nous sommes composés de chair que nous avons des passions dans l'âme puisqu'il faut un organe corporel à l'appétit sensible ». <sup>5</sup>

C'est uniquement dans le *Traité du péché* que nous avons relevé ces considérations, mais tout au long de la *Somme théologique* il est possible

5. *I, q. 77, a. 3, ad 2* : « Dicitur tamen etiam ipsa infirmitas animæ infirmitatis carnīs, inquantum ex conditione carnīs passiones animæ insurgunt in nobis, eo quod appetitus sensitivus est virtus utens organo corporali. » Dans un prochain ouvrage (*Secours de la grâce et secours de la médecine*) nous traiterons plus à fond les rapports de la passion et des procédés actuels de la thérapeutique.

de rencontrer des passages qui soulignent la mission du corps dans la vie de l'être raisonnable. Chaque fois que le Docteur parle des passions ou qu'il aborde les grandes lignes concernant la responsabilité de l'homme dans les actions qu'il entreprend, il détermine la part du somatique. Quand il parle de la Création et qu'il arrive à l'homme, saint Thomas s'attache à l'étude de l'âme mais il établit prudemment, dans le prologue de la question 75 (*I pars*), que les théologiens n'ont pas à s'occuper du corps si ce n'est cependant dans ses relations avec l'âme (*nisi secundum habitudinem quam habet corpus ad animam*).

Il nous a semblé indispensable de souligner la place laissée au frère corps par le grand théologien médiéval. Ceci justifie notre affirmation précédente, assurant qu'il ne faut pas juger la théologie antérieure à notre siècle comme méprisant, en principe, toute la question somatique. Encore une fois il faut distinguer entre des ouvrages superficiels ou des directives douteuses et la théologie proprement dite ou l'enseignement certain de l'Église. Cependant il faut reconnaître que, depuis un certain temps, la théologie s'occupe davantage, surtout en morale, de considérer le corps comme un instrument ayant son mot à dire ou à ne pas dire dans l'économie du salut. Jamais on n'a vu tant d'ouvrages écrits en collaboration de prêtres et de médecins. Il y a des années déjà avait paru le livre de l'abbé Arnaud d'Agnel et du docteur d'Espiney : *Psychothérapie des troubles nerveux — Direction de conscience*.<sup>6</sup> Au début du siècle l'œuvre du docteur G. Surbled était classique en son genre : *La morale dans ses rapports avec la médecine et l'hygiène*.<sup>7</sup> C'était des travaux où se mêlaient les problèmes médicaux et religieux. Ensuite on vit se multiplier les études de ce genre. Des groupements d'érudits patronnent des revues très solides où le problème psychosomatique est traité sous ses aspects les plus divers et où on s'efforce de lui donner des solutions heureuses et utiles tant au prêtre qu'au médecin, tant au juriste qu'à l'éducateur. Il est manifeste que ce zèle à relier la théologie et la médecine, et vice versa, provient des découvertes surprenantes de la biologie et de la thérapeutique concernant des faiblesses qui, jadis,

6. La troisième édition de cet ouvrage (Paris, Téqui) date de 1922.

7. La onzième édition de ces quatre tomes (Paris, Beauchesne) est des années 1910-1914. Depuis lors le docteur Henri BON a écrit son *Précis de médecine catholique*, Paris, Alcan, 1936 et plus récemment le docteur A. NIEDERMEYER a composé un *Handbuch der speziellen Pastoralmedizin*, Vienne, Herder, 1949-1952 (six volumes).

étaient un peu hâtivement attribuées à la mauvaise volonté ou condamnées sous le nom d'anomalies. Les œuvres d'un professeur de Greeff ou du docteur A. Carrel, celles de médecins comme les docteurs Biot, Tournier, Stocker, Niedermeyer, Bergmann, Nodet, Lhermitte et de beaucoup d'autres, obligent le théologien à prendre position. Cela ne le contraint certes pas à révolutionner la morale, mais simplement à faire une application plus perspicace et plus judicieuse des principes généraux aux cas particuliers. Et puisque la théologie bien comprise ne saurait demeurer une spéculation abstraite éloignée de la vie, car elle doit aider les fidèles concrètement à tendre toujours mieux, et toujours plus exactement surtout, vers la sainteté, il va de soi que le corps entrera dans cette théologie par tout ce qu'il peut exercer comme influence sur la vie de l'esprit. Et si, déjà, saint Thomas d'Aquin remarquait, à plusieurs reprises, dans la *Somme théologique* et dans la *Somme contre les Gentils*, que l'indisposition du corps peut entraver l'exercice des vertus, à plus forte raison aujourd'hui désire-t-on préciser la manière de cultiver la vertu en soignant le corps. Car véritablement on est arrivé ces dernières années à des réalisations médicales telles que la santé physique et psychique de l'homme semble beaucoup plus soumise qu'auparavant aux efforts de la thérapeutique.

Ces progrès de la médecine étaient résumés par le docteur Gilbert-Dreyfus, professeur à la Faculté de Paris, lorsqu'il écrivait :

« Médecine et chirurgie sont, en 1954, aussi différentes de celles de notre enfance que l'avion à réaction de la diligence. Devant l'offensive des antibiotiques, certaines infections qui, hier encore, tuaient à coup sûr — l'endocardite maligne, la méningite tuberculeuse — baissent pavillon et le tréponème de la syphilis capitule en quelques jours. La liste s'allonge, sans marquer de pause, des antihistaminiques, des ganglioplégiques, des anticoagulants, des vitamines, dont une des dernières nées, la B<sub>12</sub>, corrige les plus redoutables anémies. On prépare commercialement, avec autant d'aisance qu'un vulgaire comprimé d'aspirine, des hormones qui feront grandir un nain, éveilleront l'intelligence d'un myxœdémateux ou la *libido* d'un eunuque, rendront glabre une femme à barbe, effaceront les bouffées de chaleur du retour d'âge, dissiperont en toute hâte un coma diabétique, permettront à l'addisonien de mener une vie normale. Voici qu'après les électrochocs et les médications convulsivantes, la cure de sommeil, l'hibernation, la psycho-chirurgie fonctionnelle remplissent le carquois du neuro-

logue et du psychiatre de flèches nouvelles et singulièrement audacieuses. Après l'électrocardiographie, la tomographie, les radiographies viscérales de contraste, voici que se généralise l'emploi diagnostique et thérapeutique des corps marqués radioactifs. L'opérateur qui ne recule plus devant l'extirpation d'un lobe pulmonaire ni d'une tranche de cerveau, s'attaque à présent à la chirurgie sculptrice des cœurs. Ainsi progresse la science médicale, à un rythme qui nous étourdit. » 8

Ce rythme ne saurait échapper à la vigilance du théologien car la condition charnelle de l'homme lui impose un mode de sainteté qui n'est pas celui d'un esprit pur. Aussi les progrès médicaux offrent un intérêt et pour le théologien qui veille au respect de la morale naturelle et pour le pasteur d'âme qui veut faciliter, par tous les moyens licites, la vie vertueuse des fidèles.

D'autre part les découvertes médicales, montrant combien par le corps on peut influencer la vie de l'âme, auront comme résultat de faire éviter aux théologiens et aux fidèles cette conception erronée de la maladie en tant que conséquence d'un péché. Un corps n'est pas nécessairement devenu malade par suite d'une faute, à moins que l'on songe au péché originel qui explique l'existence de la maladie dans le monde. Mais si l'on a conseillé parfois à tort de mépriser la chair et le corps c'est peut-être bien parce qu'on a imaginé que des malades n'avaient qu'à s'accuser lorsque leur organisme les tourmentait et que cette souffrance était le résultat d'abus, d'intempérance, d'excès dont ils étaient responsables. Le corps devenait ainsi l'ennemi, celui dont il fallait se méfier, l'adversaire déclaré de l'âme et de la vie spirituelle. A présent on sait combien la situation diffère de cet état de choses. Le professeur H. Baruk écrit :

« Le rapport de causalité entre la faute et la maladie est bien loin d'être une règle. » 9

Par conséquent le théologien doit habituer le malade à ne pas voir dans sa souffrance immanquablement une conséquence du courroux divin. Le R. Père B. Lavaud, o. p., rappelant que le péché originel

8. Docteur GILBERT-DREYFUS : *Expérimentation humaine* ; dans *Les Nouvelles littéraires*, 5 août 1954, p. 5 : *Les Nouvelles scientifiques* (Paris).

9. *Psychiatrie morale expérimentale*. Docteur H. BARUK. Paris, Presses universitaires de France, 1945, p. 202.

est à la source des maux de l'homme, faisait sentir qu'on ne saurait accabler un patient de reproches, comme s'il y avait une relation chaque fois certaine entre son mal et un péché actuel. Le dominicain écrit :

« Il faut se contenter de la relation générale : la mort et la souffrance sont entrées dans le monde à la suite du péché. Les maux physiques et psychiques, les douleurs de la mort des hommes pris individuellement ne sont pas nécessairement proportionnés au nombre et à la gravité de leurs fautes personnelles ou des péchés de leurs ascendants. Bien souvent c'est l'inverse. Un saint, né de parents saints et pieux, peut tomber malade, souffrir longtemps de grandes infirmités. Un corps misérable, délabré, atteint dans presque tous ses membres ou organes, peut être vivifié — d'une vie mourante — par une âme transformée et perdue en Dieu, sanctifiée par la patience même et la longanimité dans le support d'incurables maux. »<sup>10</sup>

Il importe donc de disposer le patient à aimer son corps comme celui qui permet de multiplier les occasions de mérites et d'offrandes. Si vraiment le péché est à l'origine du mal il faudra encore empêcher le sujet de se haïr ou de cultiver un remords souvent aussi stérile que malsain. Là encore les théologiens modernes relèvent, de concert avec les médecins, que le repentir mal compris est parfois à l'origine de dépressions qui n'ont plus rien de vertueux. Il faut remercier le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques d'avoir traité ces problèmes si parfaitement et en collaboration d'érudits versés dans des sciences fort diverses. C'est précisément dans un ouvrage du Groupe lyonnais que le chanoine E. Measure souligne comment le sentiment de culpabilité doit être à la source non pas d'une fuite mais d'un progrès.

« Si le péché, dit-il, qui est une désobéissance, continue d'être une défaite, l'idéal serait pour l'homme d'être à la fois vainqueur et soumis, vainqueur de soi-même et soumis à la loi, d'être semblable à Dieu à force d'être conforme à sa volonté : ce serait l'*eritis sicut Dei*, du Satan de la *Génèse*, mais dans un sens complètement retourné et purifié. On ne voit vraiment de solution à cette angoisse que dans le christianisme et la prière chrétienne : être fils de Dieu grâce à Dieu, monter au delà de la nature originelle moyennant le

---

10. R. P. LAVAUD, O. P., *De la pratique médicale à la direction spirituelle — Nova et Vetera*, Fribourg (Suisse), année 1941, p. 91. L'auteur écrivait encore : « Un grand pécheur peut jouir longtemps d'une excellente santé physique et psychique, alors que, spirituellement, dans l'ordre du salut, il est mort et propage la mort par ses scandales. Un grand malade peut être un génie, il peut surtout être un grand saint. Et les grands saints très bien portants sont rarissimes », p. 72.

secours divin imploré, obtenu, remercié. Et en cas de défaite, c'est-à-dire en cas de péché, transformer la prière en aveu, c'est-à-dire à la fois en confession et en contrition : au lieu de nous cacher, comme Adam, comme Caïn, retourner à Dieu comme l'enfant prodigue, et trouver dans notre culpabilité, avec l'occasion d'un immense acte d'humilité, le motif d'un accrochage plus intense à notre Père, parce que celui-ci pardonne à ceux qui avouent avoir besoin de lui : « Mon Dieu, je ne suis qu'un pauvre type, mais je puis tout en celui qui me fortifie. »<sup>11</sup>

Pour arriver à cette compréhension du repentir il ne faut donc pas prendre le corps en haine. Au contraire c'est en demeurant conscient que

« par ses désirs la chair va contre l'esprit, par les siens l'esprit contre la chair » (*Gal.*, v, 17),

qu'on arrivera davantage à une saine direction d'âme. L'opposition dont parle saint Paul ne va pas engendrer l'angoisse mais plutôt susciter un grand zèle pour éviter les conflits entre le spirituel et le somatique.

On ne saurait douter que la morale, sous l'effet des enseignements de la médecine, a dû reviser dans quelques cas pratiques certaines affirmations trop péremptoires. La doctrine traditionnelle reste intacte, comme nous l'avons dit plus haut, mais grâce à une connaissance plus exacte de l'homme, non seulement de son corps mais aussi de son subconscient, il est possible de rendre la théologie morale plus proche de l'individu et donc plus efficace. Le professeur de Greeff a montré, par exemple, comment la notion du péché originel réside en chacun, même chez l'incroyant, et il est heureux de sentir l'absence de divorce entre le donné révélé et la nature profonde de l'homme. Rappelant la dignité de la médecine l'auteur disait :

« Le médecin se trouve dans une situation privilégiée car il se trouve toujours devant un homme vivant, devant des phénomènes importants. Le malade ne vient pas parce qu'il est heureux, parce qu'il éprouve l'envie de discuter sur un problème éternel. Il vient parce que quelque chose s'est troublé, parce qu'il a mal, parce qu'il est inquiet, angoissé. Et ce qui est tout simplement prodigieux c'est que les médecins ont retrouvé en l'homme moderne, affranchi de toute croyance dogmatique, sous forme de

11. Chanoine Eugène MASURE, *Le problème social de la culpabilité et le sentiment religieux — Esquisse des rapports entre biologie et théologie*. Dans *Le coupable est-il un malade ou un pécheur*, Paris, Spes (*Convergences*), 1951, pp. 165-166.

chancre moral, de douleur secrète, d'hypersensibilité à certaines valeurs, le sentiment de culpabilité, le vieux péché originel des théologiens et l'ont incorporé à leur hygiène mentale. »<sup>12</sup>

Les troubles physiques ou un désordre mental ne forment plus dès lors un domaine à part, complètement étranger à la théologie. En ce qui regarde le diagnostic ou la thérapeutique le théologien ne sera certes pas compétent. Mais il devra tenir compte de ce corps ou de cet esprit dérangés lorsqu'il faudra donner une valeur à l'acte porté ou accorder un sens à l'épreuve imposée. Sans nuire aucunement aux notions de responsabilité, de mérite, de récompense ou de châtement, la médecine sagement comprise préparera le terrain au théologien, spécialement au moraliste. Ce dernier jugera de la bienfaisance de l'acte ou de sa culpabilité en fonction de l'instrument utilisé par l'âme, donc du corps, peut-être de ce cerveau susceptible de leucotomie ou de ces endocrines réclamant quelque hormonothérapie. Le prêtre comme le médecin n'ignorent pas qu'il y a des cas où un jugement absolu est impossible et que seul Dieu est parfois à même de connaître le degré de responsabilité. Lors d'une pareille situation il faut surtout aider le sujet à progresser et c'est encore en respectant le corps débile qu'ensemble prêtre et médecin se pencheront sur le patient. La théologie puise donc dans la médecine une mise en garde : celle de ne pas essayer de secourir les humains en ignorant le facteur somatique. Et la médecine reçoit de la théologie un avertissement : celui d'admettre chez le malade la possibilité d'élever le rôle du corps à collaborer à l'ascension de l'âme.

#### RETOUR A L'HUMANISME

En un siècle aussi fiévreux que le nôtre, où la machine rend la vie très automatique, et où la technique risque de dessécher ce qui donne à la vie sa saveur, on remarque chez les penseurs les plus divers une croisade en faveur d'un retour à l'humanisme. Ce terme est difficile à

12. Étienne de GREEFF, *Aux sources de l'humain*. Paris, Plon (*Présences*), 1949, pp. 223-224. Dans cet esprit l'auteur disait encore : « Les émanations les plus nobles de notre être n'échappent pas totalement au domaine revendiqué par l'expérimentation et, que l'on soit d'accord ou non, l'investigation scientifique et expérimentale s'est aventurée dans le monde secret de l'âme, au creux même des sublimations et des névroses, aux sources mêmes de l'art. Il n'est pas jusqu'au vieillissement qui n'ait sa philosophie biologique », pp. 225-226.

définir. Maritain tente d'en donner une définition qui peut d'ailleurs, dit l'auteur, être développée suivant des lignes très divergentes. Il écrit :

« L'humanisme tend essentiellement à rendre l'homme plus vraiment humain, et à manifester sa grandeur originelle en le faisant participer à tout ce qui peut l'enrichir dans la nature et dans l'histoire ; il demande tout à la fois que l'homme développe les virtualités contenues en lui, ses forces créatrices et la vie de la raison, et travaille à faire des forces du monde physique des instruments de liberté. »<sup>13</sup>

C'est donc de forces créatrices, de raison, de liberté qu'il s'agit lorsqu'on parle d'humanisme. C'est développer, et d'abord reconnaître, le côté humain de celui que les philosophes nomment un animal raisonnable. On saisit immédiatement que dans cette entreprise et la théologie et la médecine auront leur place à tenir. Mais un théologien qui assénerait ses principes sur les fidèles, comme on lance une masse sur un pavé pour qu'il demeure dans le chemin qui lui est réservé, n'aurait pas voix au chapitre de l'humanisme. Et le médecin qui, sans discernement, imposerait telle piqûre ou tel remède à un malade, simplement parce qu'il est atteint de telle maladie, devrait être exclu d'un humanisme qui souhaite que l'homme soit considéré dans son unité et non dans une partie isolée des autres. Ainsi lorsque le théologien et le médecin tiennent à devenir ou à demeurer des humanistes, ils travaillent, ici aussi, en commun à une cause qui doit servir l'homme, qu'il s'agisse du malade ou du bien portant, du croyant ou de l'incroyant, qu'il s'agisse d'un être fort instruit ou peu doué. Car l'office du prêtre n'est pas simplement de convertir le pécheur et celui du médecin de guérir le malade : leur travail consiste également à exercer une influence heureuse autour d'eux, de rayonner, et ceci pas seulement dans « leur monde », mais dans le monde en général. Or cette influence ne sera humaniste que si elle émane d'un caractère bien trempé, d'un esprit cultivé et d'un cœur très ouvert.

Le chanoine P. Tiberghien, professeur aux Facultés de Lille, a parfaitement expliqué pourquoi l'on est en droit d'attendre du médecin

---

13. Jacques MARITAIN, *Humanisme intégral*. Paris, Aubier, nouvelle édition, p. 10.

qu'il soit un humaniste. Le chanoine part de la définition même de la santé et il écrit :

« La santé humaine, c'est beaucoup plus que l'absence de maladie et que la protection contre la contagion. C'est une harmonie de toutes les facultés dont l'ensemble compose un vivant, une hiérarchie de fonctions organiques et psychologiques, un équilibre corporel et psychique ouvert à un ordre qui lui est supérieur : celui de la sagesse où resplendit l'esprit. » 14

L'auteur insiste sur le fait qu'il s'agit de la santé humaine et non de celle d'un animal quelconque. Et ce n'est pas un objet inanimé qui se trouve en face du praticien mais un être vivant

« qui n'admet pas d'équilibre en tranches séparées : quand on prend un vivant par la tête ou les pieds, à moins qu'on ne le tue, il viendra tout entier » (*ibidem*, p. 24).

Partant de ces considérations le professeur P. Tiberghien pourra tirer une conclusion lourde de sens :

« Le médecin n'a pas le droit de renoncer à une culture générale. Il sera un mauvais médecin et, plus souvent, un simple vétérinaire, s'il prétend ne soigner, dans l'homme, que le corps, comme si, dans l'homme vivant, le corps pouvait se traiter à part. Le corps n'est pas lui-même un être. Il forme, avec l'esprit, non pas un être unifié, mais un seul être, composé de deux éléments d'être, que l'École appelle « matière » et « forme ». Il faut donc que le médecin connaisse, non seulement les problèmes que pose la santé du corps, si tant est qu'on puisse parler de la santé du corps, mais tous les problèmes que pose l'homme vivant, problèmes psychologiques, sociaux, métaphysiques, religieux. On voit donc toute la culture générale qui s'impose au médecin et qu'on a appelée à juste titre un « humanisme médical », dont il ne faut pas exclure la culture morale » (pp. 24-25).

Le théologien attend donc du médecin la culture générale. Or on sait combien il est difficile aujourd'hui de posséder véritablement cette culture. D'abord la vie mouvementée de notre époque n'invite pas assez à la réflexion. Ensuite le nombre de connaissances acquises par les sciences diverses rend plus ardu et même impossible l'art de maîtriser ces multiples disciplines. Pour cette raison il faut se réjouir de voir des

14. Professeur P. TIBERGHIEU, *Médecine et morale*. Paris-Tournai-Rome, Desclée, 1953, pp. 23-24.

groupements comme celui de Lyon ou des *Cahiers Laënnec*, des *Études carmélitaines* ou des Sociétés Saint-Luc, s'associer des érudits d'origine diverse : théologiens, philosophes, médecins, biologistes, sociologues, juristes, etc. Cet effort correspond sans nul doute aux besoins d'un humanisme actuel, à la nécessité d'assurer précisément une solide culture générale chez les responsables modernes. Et au temps de la jeunesse déjà il faut tout mettre en œuvre pour orner l'esprit et l'ouvrir à des domaines variés. Louis de Broglie, en 1947, dans un discours pour la distribution des prix du lycée Janson de Sailly, rappelait que la culture générale « reste la meilleure préparation à toutes les œuvres de qualité ». <sup>15</sup> L'opinion du physicien rejoint celle du théologien. Elle est celle également des médecins eux-mêmes. Le docteur J. Okinczyc, après avoir observé que

« se cultiver, c'est acquérir une manière d'être par une expérience puisée aux sources humaines »,

ajoute :

« Ce secret de la mesure, du goût, de la méthode, de l'équilibre, acquis au contact des humanités, prépare le terrain, et assure ainsi le développement harmonieux et fécond de l'acte médical dans le colloque qui met deux hommes aux prises. » <sup>16</sup>

Ainsi les médecins ne séparent pas leur art de l'humanisme, simplement parce qu'il faut puiser partout ce qui peut faire connaître davantage l'homme à qui la médecine s'adresse. C'est aussi l'opinion de Georges Duhamel qu'on a nommé

« un grand écrivain qui n'oublie jamais qu'il est médecin, un véritable humaniste, attentif à tout ce qui fait l'homme, à tout ce qui est de l'homme, également soucieux de la forme et du fond ».

L'académicien terminait ses *Paroles de médecin* en plaidant la cause de l'homme qui ne doit pas se laisser emporter par une existence artificielle où il perdrait sa personnalité :

« La lutte est désormais entre l'humaniste et l'automate. Seule une culture humaine, humaniste, individualiste peut per-

<sup>15</sup> Louis de BROGLIE, *Savants et découvertes*. Paris, Albin Michel, 1951, p. 384.

<sup>16</sup> Docteur J. OKINCZYC, *Humanisme et médecine*. Paris, Labergerie (*Au service de l'homme*), 1936, p. 51 et p. 53.

mettre à l'homme de dominer ses conquêtes, de n'en être pas la dupe et la victime. C'est dans un humanisme et dans un individualisme harmonieux que gît le secret d'une discipline grâce à laquelle, demain, l'homme pourra trouver son nouvel équilibre et vivre en bonne intelligence avec ses créatures et avec ses ouvrages. » 17

Pasteur Vallery-Radot partage aussi ce point de vue.

« Il faut — dit-il — revenir à l'humanisme qui a fait la grandeur de notre civilisation méditerranéenne. Il ne faut pas que la technique ait la primauté sur la pensée pure. Il faut se méfier de la standardisation qui est la négation de l'art. Il faut se méfier non moins de la spécialisation qui est la négation de la culture. » 18

Le docteur Jean Lhermitte, enfin, souligne avec vigueur la relation entre l'humanisme et les progrès même de la médecine :

« Si elle se veut résolument humaine la médecine ne doit négliger aucune des choses qui touchent l'homme. C'est à cette condition que la science et l'art du médecin, revenus à la tradition hippocratique, s'engageront dans les vastes perspectives qui les mèneront à de nouveaux progrès. » 19

De tout cela il faut conclure que les médecins de notre siècle qui se refusent à oublier la valeur humaine du malade sont, sans contredit, de précieux auxiliaires pour le théologien. Ainsi que nous l'affirmions au début il n'y a pas seulement une collaboration possible pour les cas où le patient demande et l'intervention médicale et la direction spirituelle, il y a un travail en commun nécessaire pour réaliser un idéal qui s'adresse à tous les hommes et pas simplement à une catégorie déterminée de fidèles ou de malades. Cet idéal consiste à respecter la hiérarchie des valeurs dans des sciences et dans des arts n'existant que pour servir Dieu et l'image de Dieu qui s'appelle l'homme. En affermissant l'esprit et en fortifiant le cœur la théologie et la médecine coopèrent à

17. G. DUHAMEL, *Paroles de médecin*. Monaco, Éditions du Rocher, 1946, p. 246.

18. PASTEUR VALLERY-RADOT, *Héros de l'esprit français*. Paris, Amiot-Dumont, 1952, p. 174. On consultera aussi, mais avec les réserves qui s'imposent, les articles de Gustave ROUSSY, de l'Institut : *Homme, mesure du monde*, *La Presse médicale*, 6 mai 1944, n° 9, pp. 141-142 et *Médecine et humanisme*, *Revue Hommes et Mondes*, mai 1947, n° 10, pp. 134-139.

19. DOCTEUR JEAN LHERMITTE, *Le médecin devant le malade*, dans *Connaître, Cahier de l'humanisme médical : La médecine et l'homme*, Paris, 1945, n° 1, p. 36. C'est là aussi, p. 93, que les docteurs E. et H. BIANCANI portent sur Duhamel le jugement que nous avons cité plus haut.

l'avènement d'une paix qui ne consiste pas uniquement dans l'oubli des armes ou des guerres mais qui réside en général dans la tranquillité de l'ordre extérieur et intérieur. Moins on traitera l'homme comme une machine ou un automate, plus on favorisera la compréhension et la concorde. C'est être humaniste que de ne pas user aveuglément de tel remède ou préconiser telle spiritualité parce que, à première vue, c'est la solution indiquée. L'homme est trop compliqué pour qu'on se contente avec lui d'apparences ou d'éventualités.

Dans un des derniers romans de Gilbert Cesbron l'auteur présente un avocat exposant avec émotion, devant le Tribunal, le sort d'un jeune garçon :

« Un enfant que je défendais, que je tentais de protéger depuis trois ans, s'est suicidé cette nuit parce qu'hier on lui a appris la mort de son père . . . Voici l'histoire en quelques mots. François avait perdu sa mère il y a cinq ans ; et le père de François, il y a quatre ans, avait perdu son emploi. Ils vivaient tous les deux dans un dénuement absolu — mais ensemble ! Un tribunal, alerté par une assistante sociale très zélée, a pensé que la meilleure solution, pour que François fût mieux nourri, mieux habillé, mieux élevé, était de le retirer provisoirement à son père et de le placer dans un Centre. Je suis allé l'y voir ; je l'ai trouvé docile. Je suis allé visiter son père ; je l'ai trouvé résigné. Mais l'un et l'autre avaient le même regard perdu. J'ai alerté le tribunal en vain : un regard n'est pas un « fait nouveau » . . . Le père est mort avant-hier, de chagrin et de solitude ; François s'est tué cette nuit. François l'a rejoint . . . »<sup>20</sup>

Pareil récit ne va pas laisser songeur uniquement le juge : mais il va faire réfléchir le prêtre et le médecin. Le zèle et la « meilleure solution » sont parfois les fruits d'une bonne volonté aussi sincère qu'aveugle, d'une ardeur qui manque de bon sens peut-être et qui n'est pas assez « humaniste » sans doute. Cette détresse du petit garçon à qui on a ravi l'affection du chez-soi se retrouve quelquefois dans les yeux d'un tuberculeux qui fut envoyé en sanatorium parce qu'il convenait de le faire selon les résultats du diagnostic ou du pronostic. L'air pur et vif de la station n'aura pas toujours son effet heureux si le malade est rongé intérieurement de regret et de nostalgie. Cette détresse du petit garçon se retrouve parfois chez cet interne d'un pensionnat estimé, où la

20. Gilbert CESBRON, *Cbiens perdus sans collier*. Paris, Robert Laffont, 1954, pp. 379-380.

jeunesse puise les principes de morale et d'éducation indispensables à l'épanouissement de l'âge. Le prêtre qui a conseillé cette mesure a-t-il pensé que le climat familial, où l'enfant se sentait à l'aise, aurait peut-être mieux valu pour résoudre calmement les conflits de la puberté ou de l'entrée dans la vie adulte ? Ce n'est pas parce que CE malade améliorera son état de santé dans un sanatorium que TOUS les autres patients réagiront de même. Ce n'est pas parce que CET enfant se sent heureux dans le milieu d'internat que TOUS les enfants trouveront là l'origine d'un développement favorable. L'humanisme respecte l'individu et à cause de cela se montre méfiant devant des règles trop communes ou des principes trop rigides. La médecine, dans ses conclusions pratiques, et la morale, dans ses applications particulières, estimeront, comme le poète Térence, que rien de ce qui est humain ne leur est étranger. Ce n'est qu'à cette condition qu'un effort en faveur des hommes s'avère fructueux. C'est dans cet esprit aussi qu'il faut vivre l'Évangile et imiter le Sauveur qui savait guérir différemment le paralytique, le sourd-muet ou le lépreux, qui savait conseiller selon leurs besoins la femme adultère ou le jeune homme soucieux de perfection.

#### AIMER LA VIE

Le travail du théologien, et parfois celui du médecin, est de donner une valeur à la vie et de la faire apprécier par les autres. En une époque où une abondante littérature défaitiste procède davantage à la condamnation de la vie qu'à son panégyrique, il semble que la rencontre entre biologie et théologie peut avoir des conséquences capitales. Le R. P. Henri Niel, s. j., professeur à Lyon, dans un ouvrage fait en collaboration avec des médecins, écrivait des lignes qui constituent en quelque sorte un programme à réaliser :

« Au premier jour de la création Dieu a donné le monde en partage à l'homme, en lui demandant d'en prendre possession. Malgré le péché il n'est jamais revenu sur sa parole. Le chrétien ne saurait boudier un tel ordre et une telle prise de possession. Une des formes privilégiées de celle-ci est la lutte contre la maladie et la souffrance. Cette lutte, il faut bien le reconnaître, restera toujours douteuse et incertaine. Notre condition de créature sensible ne nous permet pas d'accéder à une victoire définitive. Que

l'effort humain se détende et les cités tomberont finalement en ruine, le sable du désert les recouvrira à nouveau. Nous ne pouvons tenir la maladie en échec qu'à la condition de nous engager dans une perpétuelle marche en avant, dans un perpétuel effort d'invention. A une telle entreprise le chrétien peut s'associer sans arrière-pensée. Elle permet en effet à l'homme d'entrer en possession de sa nature. » 21

Posséder la vie ne signifie donc pas fuir devant elle. Pour monter à l'assaut, certes il faudra tenir compte des dons reçus, des forces physiques et psychiques, des capacités auxquelles on peut faire appel. Mais on doit demeurer assuré de la bienveillance du Créateur qui, malgré la faute d'Adam et ses fâcheuses séquelles, propose à nos efforts la maîtrise toujours plus perfectionnée de la nature.

Il est opportun d'observer que, déjà, le docteur Grasset, dans un ouvrage qui fut très estimé, saluait comme biologiste la dignité de l'homme au sein de la Création. Il disait :

« Le premier et grand caractère biologique propre à l'homme, qui domine et commande tous les autres, est sa supériorité intellectuelle : l'appareil et la fonction psychiques des animaux, c'est-à-dire des êtres vivants les plus proches de lui. Ce qui le prouve nettement, c'est la maîtrise intellectuelle que l'homme a prise du monde vivant et du monde inerte, malgré son infériorité évidente à tous les autres points de vue. » 22

Cet optimisme qui résulte de pareilles observations n'a aucunement le droit d'être diminué par les découvertes accomplies depuis lors. Et c'est la tâche du théologien d'insister sans relâche sur la supériorité de l'homme en regard des autres créatures. On a tellement insisté, depuis quelques années, sur les aspects déprimants et décevants de la nature humaine ; on a montré une telle complaisance pour relever la faiblesse de l'homme proche de la bête ; on a vu durant les guerres des atrocités si lamentables que, peu à peu, l'on s'est mis à douter systématiquement de la valeur de l'être raisonnable. C'est donc un réconfort pour le théologien de pouvoir s'appuyer sur les enseignements de la biologie

21. R. Père H. NIEL, S. J., *La maladie et l'évolution de l'humanité*. Dans *Où commence la maladie, où finit la santé?* Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. Paris, Spes (*Convergences*) 1953, p. 226.

22. Docteur GRASSET, *La biologie humaine*. Paris, Flammarion, 1918, pp. 246-247.

lorsqu'il s'agit de faire aimer la vie ou de la faire respecter. Certes, cela ne signifie aucunement que cette vie devrait s'écouler sans heurts et sans obstacles. Le médecin sait les caprices de la nature et il ne rencontre jamais un organisme qui soit totalement harmonieux. L'athlète le plus achevé et le sportif le plus accompli n'ignorent pas qu'il y a toujours des limites à observer. L'homme au psychisme le plus équilibré peut sombrer dans un trouble mental sous l'effet d'un choc émotionnel très grave. Est-ce une raison pour honnir cette nature? Le médecin, et surtout le médecin chrétien, répondra qu'au contraire il faut continuer l'œuvre de Dieu et, à travers les dérangements organiques ou fonctionnels, distinguer malgré tout la vie qui mérite qu'on l'aime, car l'esprit transcende la chair même malade. Et le théologien rappellera que cette chair affligée d'une lourde croix peut devenir un moyen d'aller mieux en avant dans le chemin que Dieu a tracé. Ce n'est pas d'un œil négatif qu'il faut contempler la nature : c'est d'un regard qui sait découvrir d'abord les merveilles qu'elle présente, et qui, ensuite, corrige ses imperfections par une vue plus haute des choses. On se contente d'un aperçu trop superficiel de la situation si on ne voit dans un corps malade que les ravages qu'y cause le mal, oubliant que ce corps fatigué ou usé est le réceptacle d'une âme qui dépasse l'épreuve physique. Pour aimer la vie et la création il faut se souvenir d'abord de leur bienveillance et non pas tant de leur malveillance éventuelle. Il importe ensuite de songer que cette vie est un moyen et non pas une fin en soi. Le théologien recueille dans ses mains, en quelque sorte, ce que lui confient le biologiste et le médecin, et il élève ce dépôt plus haut encore, s'efforçant d'harmoniser l'esprit et la chair, la foi et la raison, le surnaturel et la nature. C'est peut-être ce qu'a voulu résumer le professeur E. Tesson, s. j., de la Faculté de théologie de Paris, écrivant dans un tome des *Études carmélitaines* :

« Dieu a voulu sauver tous les hommes et tous reçoivent l'appel à monter jusqu'à l'amitié divine. Étrange vocation qui nous prend tels que nous sommes, qui ne transforme pas les conditions de nature où elle vient nous chercher et qui, pourtant, ne nous mènera au but que par une série de crises qui seront pour notre être, divisé, faible, lourd, autant d'agonies et de morts. Mais la maladie et la mort ne font-elles pas partie de notre nature telle qu'elle est actuellement constituée et ne faut-il pas qu'elles aussi

soient pour nous des chemins qui conduisent au terme? C'est donc par les dynamismes dont nous sommes formés, c'est dans la maturation de notre personnalité, dans les relations sociales et l'édification des cités terrestres que nous allons à Dieu et voilà ce que nous dit la morale. Mais tout cela n'atteint la fin surnaturelle qui nous est proposée que par la présence crucifiante en nous du Christ Sauveur, présence acceptée, recherchée, aimée, à travers nos faiblesses et les désordres du monde. »<sup>23</sup>

Il pourra sembler ironique ou amer, à certains malades, qu'on leur conseille d'aimer la vie. Comment croire à la bienveillance des choses quand il faut demeurer alité parce qu'un mal de Pott condamne à l'immobilité, quand il faut se contenter d'être à la merci des autres parce qu'une paralysie empêche d'user librement de ses membres, quand il faut sans relâche craindre le moindre excès parce qu'un poumon malade, un cœur affaibli ou un estomac réduit imposent leurs exigences tyranniques? Comment croire à la beauté de la création ou à l'accueil des choses lorsqu'une tare héréditaire, acquise, ou d'origine inconnue dérange la sympathie que l'on voudrait et recevoir, et témoigner? Cet homme soumis à l'amère servitude d'une anomalie sexuelle, et cette femme déprimée de savoir qu'elle ne pourra jamais devenir mère accuseront plus facilement la vie qu'ils ne l'aimeront. Le médecin viendra donner ses conseils et ses directives. On aura recours à tel antibiotique, à telle méthode psychiatrique, à telle intervention chirurgicale. Pour guérir cette mélancolie persistante on songera à l'électrochoc, à des parasympholiques, et comme adjuvant on utilisera un traitement hormonal.<sup>24</sup> Si le médecin désire remédier à la mélancolie c'est comme thérapeute qu'il agit et non simplement comme philanthrope désireux de combattre la souffrance chez autrui. Le professeur H. Baruk, habitué à ces questions, écrit en tant que médecin-chef de Charenton :

« Nous retrouvons dans le syndrome somatique de la mélancolie l'extraordinaire action de la douleur morale sur le fonctionnement corporel. Toute l'économie est bouleversée, les appareils digestifs, vasculaires, sont l'objet de spasmes ou d'atonie, les sé-

---

23. R. Père E. TESSON, S. J., *Sexualité, morale et mystique*. Dans *Mystique et continence — Les Études carmélitaines*, Paris, Desclée de Brouwer, 1952, pp. 378-379. De nombreux volumes, publiés par les soins des *Études carmélitaines*, réunissent des travaux scientifiques extrêmement précieux pour médecins, prêtres, juristes, etc., cf. *Nos sens et Dieu* en 1954 ; *Limites de l'humain* en 1953 ; *Direction spirituelle et psychologie* en 1951, etc.

créations complètement perturbées, l'équilibre humoral modifié de fond en comble, la nutrition affaissée. Aussi la mélancolie est-elle une maladie redoutable au point de vue physique, et entraîne-t-elle un affaissement considérable de l'organisme, un amaigrissement intense, parfois même la cachexie et la mort » (*Psychiatrie morale expérimentale, op. cit.*, p. 194).

Or cette mélancolie échappe parfois aux efforts de la thérapeutique, comme cette anomalie sexuelle résiste aux interventions médicales. La tuberculose n'est pas encore complètement maîtrisée, malgré la streptomycine ou le rimifon. Le cancer échappe souvent aux tentatives de la chirurgie ou aux rayons. Cette vie qu'il faut aimer, cette vie que le médecin doit rendre précisément plus aimable et moins angoissante, continue de procurer aux hommes tourments et difficultés. Le théologien, alors, reprend le travail là où le médecin s'arrête. Il vient à la rencontre du patient — ou de l'homme en général — avec un sens de la vie qui dépasse la nature, sans la contredire, et qui dirige celui qui doit porter une croix non pas simplement vers le Calvaire mais aussi vers le matin de Pâques. Devant tel homosexuel, par exemple — et notre époque connaît étrangement ce retour d'une anomalie fréquente dans le monde antique — le pasteur d'âme devra assurer une grande partie du « traitement ». De nombreux médecins reconnaissent que la mission du prêtre est capitale dans des cas pareils. Le théologien n'accusera pas sans autre : il préférera la sollicitude à la menace. Le R. Père C. Larere, dans un des *Cahiers Laënnec*, écrit que

« L'Église ne rejette nullement l'inverti qui lutte pour sortir de son vice, pas plus que l'homme assailli par n'importe quelle autre tentation. »<sup>25</sup>

Dans cet esprit de compréhension l'auteur poursuit :

« J'insiste sur la souffrance de ces âmes, souvent douées d'une grande richesse de sentiments et d'une compréhension spirituelle

24. Voir *Introduction à l'étude de l'endocrino-psychiatrie* du docteur A.-M. PAUL ABÉLY. Paris, Sedes, 1949, p. 143. On consultera avec profit un ouvrage traduit de l'américain, composé par un religieux et un médecin, faisant une synthèse de multiples problèmes médico-moraux : J.-H. VANDER-VELDT et R. ODENWALD, *Psychiatrie et catholicisme*. Tours, Mame, 1954.

25. R. Père C. LARERE, aumônier-directeur de la Conférence Laënnec, *Passage de l'ange à Sodome*. Dans *Les états intersexuels, Cahiers Laënnec*, 1947, n° 3, octobre, p. 40 (cahier 2). Cette *Revue du Centre de recherches et de déontologie médicale du Mouvement international des intellectuels catholiques* fait paraître des fascicules sur des sujets très actuels : *Psychanalyse, Hystérectomie, Avortement, Insémination artificielle, Psychochirurgie, etc.*

réelle. Il ne s'agit pas, sur le plan objectif de la morale, de modifier le jugement chrétien porté sur l'homosexualité, mais de se pencher sur des âmes divisées aux prises avec un déterminisme et auxquelles nous pourrions faire redécouvrir la voie du salut. — Et s'ils en est peu qui soit capables de supporter longtemps une telle distension de tout leur être et d'accepter l'effort continu de spiritualisation pour dominer ce divorce entre l'esprit et le corps, il arrive parfois de rencontrer des êtres qui ont tiré un magnifique profit spirituel d'une telle épreuve. En effet, une fois reconnue la gravité de cette déviation et acceptée la lutte douloureuse et jamais terminée, il arrive que pour ces hommes cette anomalie soit l'occasion d'une vie spirituelle très élevée » (*ibidem*, p. 43).

Aimer la vie signifie ici essentiellement accepter une lutte et un combat. Or comment peut-on estimer un combat si on ne sait pas pour qui ou pour quoi on engage la guerre? Il faut songer à saint Paul qui, vers la fin de sa vie, écrivait :

« J'ai combattu le bon combat, j'ai achevé la course, j'ai gardé la foi : désormais m'est réservée la couronne de justice que m'accordera le Seigneur » (2 *Tim.*, IV, 7-8).

Cette couronne est également le lot de l'inverti sexuel, du passionné ou de l'alcoolique, du morphinomane, de chacun, aussi longtemps qu'on ne s'installe pas dans le péché sans essayer d'en sortir. Or, d'empêcher la capitulation est un peu l'office du médecin mais c'est spécialement celui du théologien. Il y a continuation des secours sans confusion et sans mélange douteux. Le théologien encore, pour autant que faire se peut, considérant la faiblesse de la nature du sujet, établira ce qu'on est moralement en droit d'attendre de lui. Le R. P. Beirnært, s. j., également un spécialiste en ces questions médico-morales, a écrit dans les *Études* un article bouleversant qu'il intitulait : *La sanctification dépend-elle du psychisme?* L'auteur établissait, avec une simplicité prenante, la diversité des genres de sainteté d'après la diversité des dons naturels impartis :

« Il y a les saints des psychismes disgraciés et difficiles, la troupe des angoissés, des agressifs et des charnels, tous ceux qui portent le poids insupportable des déterminismes. Il y a ceux qui ne charmeront jamais les oiseaux et ne caresseront jamais le loup de Gubbio ; ceux qui tombent et tomberont encore ; ceux qui pleureront jusqu'à la fin, non parce qu'ils auront claqué une porte un peu vivement, mais parce qu'ils commettent encore cette faute sordide, invouable. Ce sont les saints sans le nom. A côté

d'eux il y a les saints au psychisme heureux, les saints chastes, forts et doux, les saints modèles, canonisés ou canonisables ; ceux dont le cœur délivré est large comme les sables qui bordent la mer. » 26.

Ce langage, capable de redonner l'espoir à n'importe quel « patient », ne fait pas partie des idiomes médicaux . . . Et cependant il peut contribuer singulièrement si pas à la guérison du moins à l'acceptation d'un mal ou d'une souffrance. Or celui qui accepte l'épreuve met en lui des réserves pour empêcher souvent l'aggravation du mal. Le théologien, par là, sert la cause médicale comme le médecin aura aidé le prêtre par un traitement endocrinien ou psychiatrique capable de fortifier le malade. Un organisme débile, un esprit alourdi par des obsessions, une volonté affaiblie par la crainte peuvent entraver l'exercice de la vertu. C'est toujours ce qui rend désirable la collaboration entre prêtre et médecin.

Le R. Père M. Riquet, s. j., avait admirablement décrit, durant le Carême de 1948, à Notre-Dame de Paris, l'étroite union de matière et d'esprit qui fait que l'homme, pour prospérer, doit recourir aux lumières et de la biologie et de l'Évangile. Il faut d'abord souligner la précellence de l'âme humaine par rapport à ce qui, chez d'autres créatures, est aussi un « principe actif de détermination spécifique ». Et pour aimer la vie il convient de se rappeler notre grandeur. Le Père Riquet disait :

« Honnêtement il faut reconnaître dans l'être vivant autre chose qui règle les mutations chimiques au sein de la cellule vivante et les oriente à partir d'un germe microscopique vers la production d'un organisme complexe et monumental comme celui d'un pachyderme. Ce quelque chose invisible, indéfinissable, nous l'appelons l'âme, étymologiquement ce qui anime, organise la matière et lui donne les propriétés, le comportement qui caractérisent le vivant. L'âme est ce qui réalise l'unité fonctionnelle dans la multiplicité anatomique du corps vivant, qui oriente et subordonne tous les processus biologiques à la croissance, à la conservation, à la reproduction d'un individu de type humain ; ce par quoi enfin, l'homme, comme tout vivant, s'adapte au milieu physico-chimique avec cette souplesse, cette variété de réaction, cette autonomie qui caractérisent la vie. » 27

26. R. P. LOUIS BEIRNÆRT, S. J., *La sanctification dépend-elle du psychisme ? Études*, t. 266, juillet-août-septembre 1950, pp. 63-64.

27. R. PÈRE M. RIQUET, S. J., *Évangile et biologie*, op. cit. II : *De la matière à l'esprit*, pp. 12-13.

Ceci établi, il importe de continuer l'analyse afin de faire ressortir la dignité de l'homme image de Dieu et placé par le Créateur comme souverain dans la création. C'est pourquoi le R. Père Riquet poursuit par ce mots :

« Or, dans l'homme, ce principe formateur du corps se révèle en même temps capable d'intervention, de création, de dépassement d'une manière qu'on ne voit nulle part dans la nature. Dans ce moi qui pense, réfléchit et veut, l'âme humaine déborde et dépasse le rôle de l'âme animale. Elle est capable de conscience, de réflexion, de pensée, de libre vouloir. Par là elle émerge de la vie animale. Plongée dans l'océan des phénomènes elle surgit ruisselante d'expériences dans le ciel étincelant et nu de l'esprit » (p. 13).

On comprend que, pour assurer l'harmonie d'un pareil ensemble psychosomatique, la théologie seule, ou la médecine isolément, seraient impuissantes. Tantôt l'esprit se sentira handicapé dans son activité parce que la matière ne répondra plus à ce qu'on attend d'elle ; tantôt le corps ne saura pas réagir sainement parce que l'esprit ne fera plus preuve s'exercice équilibré. Le Père Riquet choisissait une image heureuse pour dépeindre l'indépendance réciproque entre spirituel et somatique :

« Devant un piano faux, ruineux, délabré, le génie d'un Beethoven ou d'un Mozart demeure entier mais impuissant à se faire entendre. Ainsi l'âme humaine. Toute altération physiologique des organes qu'elle anime peut entraîner un trouble, non pas nécessairement de la pensée en elle-même, mais de son expression ou de son exercice ; non pas de la volonté en son essence métaphysique, mais de l'activité motrice et des réflexes qu'elle contrôle et commande. Mais il arrive aussi qu'un Paganini, avec le plus médiocre des violons, déchaîne, par sa virtuosité, l'enthousiasme d'un public londonien. Le génie supplée les déficiences de l'instrument. Les mêmes médecins ingénieux à guérir par la physique et la chimie d'apparentes maladies de l'âme nous diront aussi le singulier pouvoir de l'esprit sur cet organisme dont, parfois, il semble esclave. Un chagrin, un long souci, une tension du vouloir et les réactions physico-chimiques se trouvent étonnamment freinées ou stimulées. »<sup>28</sup>

28. R. Père M. RIQUET, S. J., *op. cit.* pp. 14-15. L'auteur ajoutait, p. 15 : « On voit aussi des médicaments, d'une efficacité connue, devenir, sous l'effet d'une pensée obsédante, impuissants à régler ou soutenir un cœur ; des malades encore jeunes entourés de tous les soins et de toutes les compétences, les rendre inutiles parce qu'il leur manque le complément essentiel de toute thérapeutique, la volonté de guérir. Par contre, quelle n'était pas la puissance de cette volonté dans ces corps décharnés, épuisés

Aimer la vie ne consiste donc pas à ignorer le corps ou à s'en détacher par un effort stoïque ou un mépris janséniste. Aimer la vie c'est s'accepter dans sa condition charnelle, supporter les fatigues et les discordances qu'inévitablement la liaison du somatique et du spirituel crée parfois dans l'homme. En soulageant les souffrances d'un être humain, en lui dictant la voie à suivre pour éviter des chutes et des faiblesses, le théologien et le médecin contribuent à faire aimer la vie. Ils évoluent, dans ce but, en une ambiance que le R. Père Sanson, de l'Oratoire, a décrite d'un ton saisissant :

« On s'étonne du milieu austère, de l'atmosphère de sacrifice et de douleur où, par sa vocation et ses fonctions, le prêtre passe la plus grande partie de sa vie. Mais ces mêmes traits caractérisent aussi le milieu, l'atmosphère également très spéciale, où évolue ce représentant d'un autre sacerdoce, le médecin. Dès le matin, tandis que le prêtre se rend à l'église, lui se rend à l'hôpital, cet autre temple, ce temple de la souffrance, où il va « officier » ; à l'hôpital, lieu sacré, comme est toujours sacré ce qui touche au malheur, où, comme dans nos églises, vient se réfugier une humanité lassée, inquiète, déchirée, douloureuse ; où, comme dans nos églises, on vient pleurer, crier sa misère, mais où aussi, comme dans nos églises, on vient chercher soulagement à sa misère et retrouver un peu d'espérance. » 29

On ne peut aimer la vie sans espérance. Mais cette vertu, comme toute vertu même infuse et théologique, dépend d'une âme qui aime Dieu, et aussi d'un corps qui permet à cette âme une certaine activité possible. Le médecin et le théologien demeurent, s'ils sont sincères, directement ou indirectement des messagers d'espérance.

#### CONCLUSION

Au xviii<sup>e</sup> siècle on parlait beaucoup du bon usage des maladies. Avec complaisance les prédicateurs traitaient ce sujet en chaire et Pas-

---

par la faim, le travail, la torture, les coups, qui gardaient cependant la force de penser, de prier, d'espérer, et parfois, dans un suprême effort, de briser le quadruple réseau des barbelés, des fils à haute tension, des sentinelles et des chiens. »

29. R. Père SANSON, *La souffrance et nous*. Paris, Flammarion, 1933, p. 74. A la page suivante l'auteur écrivait : « Avant de commencer sa visite des malades, comme le prêtre avant de partir pour l'autel, le médecin se revêt de blancheur ; comme le prêtre il purifie ses mains . . . Et — enfermé dans sa salle de consultation comme le prêtre au confessionnal, que va-t-il voir défiler devant lui ? Des gémissements, des plaintes, des pleurs, des cris, de la révolte, de la putréfaction, des angoisses, de la mort ; le mal enfin dans ses manifestations les plus palpables comme dans ses répercussions les plus cachées. »

cal lui a réservé une *Prière* qui se range parmi les plus grandes merveilles provenant de ce génie. Les théologiens d'alors n'avaient pas à leur disposition tout ce qui, aujourd'hui, démontre les relations psychosomatiques étroites qui régissent l'être humain. Mais ils savaient bien pour autant, à la suite du moyen âge, que l'homme vit dans une certaine servitude l'empêchant d'user de son âme sans prendre le corps comme inséparable compagnon. Au siècle passé l'abbé H. Perreyve, dans un ouvrage fort apprécié alors mais qui paraît aujourd'hui un peu vieillot, avait aussi rappelé le rôle et la mission de notre corps, et, par voie de conséquence, la sympathie et le respect dus au médecin. Il écrivait, avec un grand bon sens :

« Une âme ne reçoit pas son corps pour en tirer seulement un service général et banal, comme de toucher, voir, entendre, changer de lieu, mais elle en doit tirer un service spécial, directement en rapport avec sa vocation divine. Lors donc que la maladie menace de rendre votre corps inutile au service de Dieu et incapable de satisfaire aux devoirs de votre vocation, il est juste, il est sage, il est digne de Dieu de consacrer tous vos soins à rendre à ce corps les forces sans lesquelles vous ne sauriez accomplir vos devoirs. »<sup>30</sup>

L'auteur fait ainsi éviter tout fatalisme qui écarterait la bonne volonté nécessaire pour se guérir. En sachant user surnaturellement de sa maladie il faut recourir au médecin, mais savoir que

« tel homme qui a fait deux fois le tour de monde peut avoir découvert moins de choses qu'un pauvre reclus en faisant le tour de sa chambre. Tout est dans la manière de voyager » (*ibidem*, p. 100).

La saine théologie ne voue pas un culte morbide à la souffrance, ne cherche pas non plus à lui opposer une fin de non recevoir : simplement elle demande que l'on s'oppose à ce qui nuit au corps, que l'on combatte la maladie en faisant de cette lutte la source de nombreux mérites. Avec raison on a pu écrire :

« Combien de malades se seront sanctifiés parce qu'ils auront lutté de toutes leurs forces contre leur mal, parce qu'ils auront triomphé de la paresse et la lassitude qui guettent à la longue tous les malades, parce qu'ils auront donné à leurs compagnons d'infortune — dans les sanas par exemple — le courageux et entraînant

30. Abbé Henri PERREYVE, *La journée des malades*. Paris, Téqui, 24<sup>e</sup> édition, 1922 ; l'ouvrage date de 1860.

exemple de se soigner comme ils devaient? C'est le devoir pour un malade de chercher de toutes ses forces à guérir. » 31

Actuellement les considérations de la théologie concernant la maladie ou le rôle du corps dans l'économie du salut sont certainement beaucoup plus perspicaces que celle du xvii<sup>e</sup> siècle ou même des époques récentes. Ce n'est pas qu'on ne doive mépriser les conseils donnés jadis : la spiritualité de François de Sales, de Bossuet ou de Fénelon est actuelle et efficace. Mais on comprendra davantage aujourd'hui cette direction spirituelle en fonction de l'instrument de l'âme qu'est le corps. La biologie a permis de découvrir plus exactement l'importance du somatique, et la médecine entre plus activement dans l'élaboration de tout ce qui peut secourir l'homme. Il était indiqué, dès lors, de citer l'opinion de théologiens modernes pour relever le caractère indispensable de l'étroite collaboration entre prêtre et médecin. Voilà pourquoi nous avons nommé des experts en cette matière, comme un chanoine P. Tiberghien, comme le R. Père Lavaud, o. p., ou le Père Sanson de l'Oratoire, comme encore les R. Pères Riquet, Larere, Tesson, Beirnært de la Compagnie de Jésus, et ce n'est là qu'une énumération restreinte de tous les moralistes ou théologiens qui s'occupent actuellement de déontologie ou simplement des problèmes posés par l'unité psychosomatique de l'homme. Ces questions ont une acuité d'autant plus vive en un siècle nerveux comme le nôtre, en une civilisation mouvementée et tourmentée qui ne favorise pas toujours l'équilibre du corps ou l'harmonie de l'âme. Il faudrait nommer encore divers ecclésiastiques, eux-mêmes médecins, qui savent pertinemment que les conflits de la sphère spirituelle dépendent souvent de ceux du corps ou les influencent à leur tour. Simplement nous avons tenté de relever combien de nos jours les sciences doivent travailler en commun, sans oublier l'effort des siècles antérieurs, sans négliger ce que, déjà, l'Antiquité ou le moyen âge avaient élaboré, mais en précisant des notions qui alors ne pouvaient que demeurer obscures.

Au-dessus de ce zèle scientifique, des découvertes biologiques, de l'effort thérapeutique, au-dessus des considérations psychologiques ou

31. A.-M. H., *Y a-t-il une vocation de malade?* Dans *Le Christ et les malades, Cahier de la vie spirituelle*, Éditions du Cerf, Paris, 1945, p. 154. Et plus loin l'auteur écrivait encore, au sujet des malades : « Le devoir d'état est de se soigner », p. 157.

même purement éthiques, doit briller l'espérance chrétienne capable de donner une valeur à une épreuve qui, humainement parlant, ne semble qu'une défaite. Le Père B. Lavaud, o. p., disait :

« La foi au mystère rédempteur, l'espérance des biens futurs, l'amour qui doit répondre à l'amour du Sauveur pour les sauvés, n'exigeaient pas, bien au contraire, que la santé et la perfection de l'âme dans l'humanité rachetée fussent toujours accompagnées et comme signifiées par la santé et la perfection physiques. La maladie, introduite avec la mort par le péché, devait dans les intentions du Sauveur, devenir, pour les malades, occasion de patience et d'abandon, moyen de réparation personnelle et d'expiation pour autrui ; pour les médecins et les infirmières, occasion de miséricorde et de charité fraternelles. »<sup>32</sup>

Cette compréhension de la maladie n'est pas du ressort direct de la médecine. Celle-ci a comme mission première de s'opposer aux ravages de telle affection somatique ou de tel trouble mental et le théologien conservera le plus grand respect pour l'office médical : il le favorisera de toutes manières sans y prendre une part active s'il n'est pas médecin. Il se souviendra que le corps n'est pas un détail ou la source d'une lointaine influence sur la vie de l'âme, mais qu'il y participe intimement. Il n'oubliera pas non plus que la grâce, tout en ayant besoin de la nature pour œuvrer, surélève n'importe quelle souffrance. Car la grâce introduit l'homme dans le surnaturel et permet à l'âme incarnée de lancer vers Dieu un chant qui dépasse les refrains de la terre. Aussi longtemps que le dialogue amical avec Dieu est encore possible, cette âme pourra donner une valeur à la vie, même si la piqûre d'hormones ou le bistouri se sont révélés impuissants. La biologie et la médecine, protégeant la matière, sont des ouvrières d'humanisme. Mais, comme disait le chanoine P. Tiberghien,

« L'humanisme vrai s'offre à la pénétration de la grâce et y trouve son achèvement suprême, achèvement que la nature ne peut se donner, mais qu'elle appelle de tous ses vœux comme une vie qui,

---

32. R. Père B. LAVAUD, O. P., *La maladie dans le plan divin*. Préface-Introduction à l'ouvrage du docteur M. DALLONI : *Sous les armes de la Charité*, Fribourg (Suisse), Saint-Paul, 1943, p. XIX. Un peu plus loin l'auteur disait également : « Aussi bien voyons-nous, d'une part, de grands pécheurs jouir d'une santé florissante et, d'autre part, les plus innocents, les plus fervents et chers amis de Dieu, les plus saints des hommes — ceux-là mêmes qui ont reçu pour d'autres le charisme des guérisons miraculeuses — ne pas échapper aux épreuves de la maladie, mais en être plutôt la proie d'élection », p. XX.

n'étant pas de son ordre, ne la désordonne cependant pas. Là est la vérité de l'adage souvent répété : *Gratia non tollit naturam, sed perficit*. Les deux vies, naturelles et surnaturelle, doivent donc être soigneusement distinguées, parce qu'elles ne sont pas du même ordre. Mais, dans l'homme concret, elles s'unissent, pour faire de lui, et de lui seul, un homme complet. L'humanisme sans la grâce, c'est un humanisme découronné. Mais l'humanisme sans Dieu, c'est un humanisme décapité, car c'est en Dieu que l'homme trouve « la vie, le mouvement, l'être », comme dit saint Paul dans son discours aux Athéniens » (*Médecine et morale, op. cit.*, pp. 363-364).

Un homme complet : aucune formule ne pouvait mieux résumer l'idéal auquel doivent tendre le théologien et le médecin travaillant en commun, sans confondre leurs missions, au salut de l'être raisonnable.

---

## ANALYSES

---

S. GOLDBLATT. **Cyancobalamin (Vitamin B12) therapy of lupus erythematosus.** (Le traitement du lupus érythémateux pour la cyancobalamine (vitamine B12). *Acta Dermato-Venereologica*, **33** : 216, 1953.

L'auteur rapporte ici les résultats obtenus dans le traitement de dix-sept malades atteints de lupus érythémateux et traités par la vitamine B12. Parmi ces malades, dix souffraient de lupus érythémateux chronique à forme discoïde, cinq à allure subaiguë et deux de lupus érythémateux aigu disséminé.

En plus des symptômes propres aux diverses formes de cette dermatose, les signes accessoires les plus souvent rencontrés sont une photosensibilité marquée et un certain degré d'hypothyroïdisme.

La vitamine B12 a été administrée à des doses variant de 15 à 1,000 mcg (microgrammes) et à un rythme très variable : tous les jours ou tous les deux jours, dans certains cas, et une fois par semaine, dans d'autres. Les formes aiguës exigent une thérapeutique élevée et soutenue, alors que, dans certains cas chroniques, une dose de 15 mcg, une fois la semaine, suffit.

Des doses plutôt faibles de B12 (30 mcg) mais données chaque jour se sont avérées plus utiles que des doses élevées données à intervalle éloigné, du moins dans les formes chroniques.

A dose suffisante la vitamine B12 améliore rapidement les symptômes, favorise la disparition des lésions cutanées et rétablit les anomalies hématologiques.

Un traitement de consolidation est nécessaire et doit être poursuivi plusieurs mois après la guérison apparente.

Dans aucun cas, il n'y eut d'incidents sérieux à rapporter et la guérison des lésions cutanées se fait sans cicatrice, atrophie ou pigmentation.

Si des biopsies furent faites chez 13 des 17 malades présentés, il ne semble pas que l'auteur ait fait la recherche des *L.E. cells*.

La vitamine B12, et c'est la conclusion de l'auteur, constitue un traitement effectif et non dangereux de tous les cas de lupus érythémateux, qu'il s'agisse de cas récents ou anciens.

Émile GAUMOND

G. A. PETERS. **La migraine : son diagnostic et son traitement.**

*Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, 28 : (2 décembre) 1953.

La migraine est un désordre psychosomatique à tendance héréditaire définie qui affecte environ 10 pour cent de la population. Si le diagnostic des formes classiques est facile, il peut prêter facilement à confusion dans les formes atypiques.

L'auteur rappelle les traits psychiques bien connus des migraineux, les principales causes déclenchantes et les symptômes caractéristiques qui sont : la périodicité et la récurrence, une histoire familiale positive, des phénomènes corticaux, des perturbations gastro-intestinales, la localisation unilatérale avec, parfois, changement d'un côté à l'autre et une réponse favorable aux produits du groupe ergotamine. Dans la crise typique on sait depuis 1948, par Wolff, qu'il y a trois phases vasculaires : 1° vasoconstriction, 2° vasodilatation, 3° œdème. Durant la phase première, apparaissent les symptômes corticaux : scotomes, hémianopsie, paralysie, diplopie, paresthésie et même aphasie. Pendant la deuxième phase, se manifeste la céphalée. Le stage de l'œdème, rarement observé, est caractérisé par le gonflement, le durcissement et la sensibilité exagérée des vaisseaux extracrâniens du côté atteint tandis que la céphalée devient très aiguë et l'hémicrane sensible ; à cette phase, les agents vaso-constricteurs sont nuisibles.

L'examen du malade doit être complet et, dans certains cas, exige des radiographies de la tête, des sinus des vertèbres cervicales, parfois un pneumo-encéphalogramme et un électroencéphalogramme pour éliminer une cause organique ; celui-ci, dans un tiers des cas, donne dans la migraine un type de dysrythmie diffus non spécifique. L'histoire est le meilleur appoint pour le diagnostic ainsi qu'une enquête sérieuse sur les causes déclenchantes.

Les tests et agents provocateurs de crises migraineuses peuvent être employés avec avantage dans certains cas difficiles. Une céphalée typique par vasodilatation peut être déclenchée par l'absorption sublinguale de  $\frac{1}{50}$ e de grain de nitroglycérine ou par l'injection sous cutanée de 0,35 mg d'histamine base, ce dernier étant plus effectif et la combinaison des deux supérieure. La crise céphalalgique de type migraineux apparaît, en général, une heure après l'administration du médicament et se distingue de la céphalée banale et passagère suivant immédiatement l'absorption des nitrites ou de l'histamine.

*L'état de tension :*

Tel qu'employé par l'auteur, ce terme définit un état exagéré d'hyperirritabilité nerveuse résultant d'un stimulus émotionnel ou d'un conflit qui produit un changement dans le calibre des vaisseaux crâniens et dans la tonicité musculaire et peut engendrer parfois une douleur aiguë paroxystique, mais, le plus souvent, donne naissance à une céphalée sourde intermittente ou persistante ; celle-ci varie en intensité et peut durer des jours. Le stress produira beaucoup plus volontiers chez le

migraïneux une attaque de migraine mais souvent engendre aussi un mal de tête tensionnel.

Entre les types extrêmes bien caractérisés de migraine et de céphalée de type tensionnel, tous les degrés et toutes les combinaisons sont possibles. Souvent, les sujets migraïneux décriront bien ces deux types différents de céphalée qui existent concurremment. Presque toujours, la migraine est associée à un certain degré de tension nerveuse qui peut être léger ou important qui conditionnera l'efficacité de la thérapeutique.

#### *Le traitement de la migraine :*

A la phase de début vaso-constrictive, les vaso-dilatateurs méritent d'être essayés : acide nicotinique, *per os*, à la dose de 100 à 200 mg, ou l'inhalation du mélange dioxyde de carbone 10 et oxygène 90 ; les phénomènes corticaux et la crise peuvent être avortés.

A la période de vasodilatation, si les moyens simples, comme l'aspirine, le repos, la chaleur ou la glace, ne suffisent pas il faut employer les vaso-constricteurs, dont le meilleur semble être le cafergot mais qui, malheureusement, n'est pas toujours toléré ; l'emploi quotidien de ce médicament est à éviter. Dans les crises plus sévères, le dihydroergotamine en injection intraveineuse ou intramusculaire est nécessaire ; ici aussi, les abus sont à éviter. Depuis quelques années, l'usage de suppositoires contenant, à des doses différentes, ces médicaments a été préconisé avec les avantages suivants : ils peuvent être employés au début de la crise et même si le patient vomit, ce qui empêche l'administration orale.

Dans les affections vasculaires périphériques, l'hypertension avancée, les affections des coronaires, l'angine de poitrine, les affections rénales et hépatiques et la grossesse, cette médication est à proscrire.

L'octin (méthyl-iso-octénylamine) est un substitut avantageux pour les patients qui ne peuvent tolérer l'ergotamine.

Au stade d'œdème, les vaso-constricteurs exagèrent la céphalée. Les solutions hypertoniques de glucose en injections intraveineuses sont conseillées ainsi que l'emploi judicieux des sédatifs.

Le traitement de la tension nerveuse anormale est plus facile à énoncer qu'à exécuter. Il faut en dépister la cause et employer les moyens usuels et particuliers à chaque cas et, au besoin, demander l'aide du psychiatre.

Jean-Paul DUGAL

Henry HABER. **Cytodiagnosis in dermatology.** (Le cyto-diagnostic en dermatologie.) *British Journal of Dermatology*, **66** : (mars) 1954.

Le cyto-diagnostic appliqué à certaines dermatoses a surtout été étudié à l'Hôpital Saint-Louis de Paris. Tzanck est celui des dermatologistes français qui en a précisé les applications. Haber a fait ce cyto-diagnostic sur certaines tumeurs et sur des affections vésiculeuses

ou bulleuses dues à des virus. Il rapporte ici les résultats fournis par l'étude de 126 cas.

La technique de prélèvement de l'échantillon à examiner est assez simple, mais elle doit être suivie rigoureusement. Le dermatologiste doit avoir un « œil histologique », afin de choisir le bon endroit où prélever.

S'il s'agit de tumeurs ulcérées, on fait d'abord le nettoyage, puis, avec un scalpel mousse, on racle suffisamment de tissu pour en faire un étalement en couche mince. Si la tumeur n'est pas ulcérée, le prélèvement est fait à l'aide d'une aiguille un peu grosse.

Dans le cas de dermatoses bulleuses, il faut choisir une bulle intacte et d'apparition récente. On enlève le toit de la bulle avec des ciseaux ; on assèche le fond que l'on racle délicatement avec le scalpel mousse. Un étalement est fait sur une lame que l'on laisse sécher à l'air.

Pour les éruptions vésiculeuses, la technique est la même.

Tous les prélèvements ont été colorés par l'hématoxyline-éosine.

L'auteur a ainsi examiné 43 cas d'épithélioma baso-cellulaire, 4 spino-cellulaire, 1 maladie de Paget, 7 dermatoses à virus, 30 cas de dermatite polymorphe, 6 pemphigus, 22 cas de pemphigus familial bénin, 10 tumeurs bénignes et 3 mélanomes malins. Dans chaque cas, le cyto-diagnostic fait a été contrôlé par un examen histo-pathologique régulier.

Le cyto-diagnostic fournit régulièrement de bons renseignements dans l'examen des tumeurs. On peut aussi, à l'aide de cet examen, établir un diagnostic différentiel entre pemphigus et dermatite polymorphe.

Dans les infections vésico-bulleuses à virus, l'image de cellules ballons mono- ou plurinucléées permet d'affirmer qu'il s'agit d'herpès, de zona ou de varicelle, mais ne permet pas de différencier ces diverses dermatoses l'une de l'autre.

En conclusion, l'auteur signale que le cyto-diagnostic ne doit pas remplacer l'examen histo-pathologique, mais qu'il peut être utile dans les cas où un diagnostic rapide est nécessaire, lorsque le malade refuse la biopsie, chez les gens très âgés, si on ne possède pas l'outillage histologique requis ou lorsque les lésions siègent à des endroits difficiles d'accès à une biopsie suffisamment étendue, comme le coin de l'œil, la bouche, les narines, etc.

Émile GAUMOND

A. CAMALIN, Paul RAMEL, F. SCLEAR et A. MINDUS. **Hyperlipidémie provoquée et athérosclérose.** *La Presse médicale*, 62 : 1124, (7 août) 1954.

Les auteurs ont mis au point une épreuve biologique qui permettrait de juger des troubles du métabolisme lipidique qui semblent être à l'origine de l'athérosclérose. L'intérêt de cette épreuve réside dans le fait qu'elle est facile à pratiquer et qu'elle interroge assez facilement

le comportement lipidique du milieu intérieur, et cela dans les conditions habituelles de l'alimentation quotidienne.

Le sujet ne change en rien ses habitudes diététiques du matin. Avant le repas du midi, on prélève 15 à 20 cm<sup>3</sup> de sang veineux pour le dosage des lipides sanguins. Puis, on fait prendre un repas de 1,300 à 1,400 calories, comportant 70 à 80 grammes de protides, 70 à 80 grammes d'hydrates de carbone et 70 grammes de lipides. Ce repas peut ainsi être constitué : légumes verts : 200 g ; bœuf grillé : 100 g ; œufs : 2 ; beurre : 20 g ; gruyère : 30 g ; fruits : 1 ; pain ordinaire : 200 grammes. Deux autres prises de sang sont effectuées, une heure et cinq heures après la fin du repas.

Le taux de lipidémie se modifie dans l'heure qui suit le repas ; il est à son maximum entre la quatrième et la sixième heure. Chez le sujet normal, l'indice lipidique s'élève de 0,50 g. à 1 g. après une heure, et de 1,70 g. pour 1,000, après cinq heures, et cela indépendamment du taux de lipidémie initial. Il est curieux de noter que la cholestérimémie reste inchangée dans les trois échantillons prélevés ; il ne semble pas y avoir de rapport entre l'hyperlipidémie et le pouvoir cholestérolitique du sérum.

Chez les athéroscléreux, l'indice de lipidémie est considérablement augmenté ; entre 3 et 6 grammes (17 cas).

Chez les prédiabétiques et les diabétiques, l'indice est retrouvé normal dans 12 cas ; il est augmenté dans 20 cas. Les indices normaux ont été retrouvés chez des diabétiques ne présentant aucun signe d'atteinte vasculaire, tandis que les diabétiques ayant un indice de lipidémie supérieur à 2 g présentaient tous des troubles artéritiques patents : artérites des membres inférieurs, infarctus du myocarde, etc. Chez les artéritiques simples, l'indice est modérément élevé : 2 à 3 grammes.

Dans l'obésité, 13 sujets sur 15 présentent un indice normal ; dans les deux autres cas où il existait des manifestations artéritiques, l'indice est de 2,25 g et de 3,75 grammes. La cholestérimémie reste invariable au cours de l'épreuve ; normale ou exagérée, elle paraît strictement indépendante des variations de la lipidémie.

L'hyperlipidémie postprandiale persistante peut être modifiée par la thérapeutique. L'emploi prolongé de l'hormone lipocaïque associée aux facteurs lipotropes, combiné au régime restrictif a permis d'abaisser d'une façon appréciable la lipidémie, sans aucune modification de la cholestérimémie.

Il apparaît que l'indice de lipidémie des athéroscléreux peut être modifié favorablement par l'emploi de l'héparine. Il paraît très plausible que l'association de l'héparine et de l'hormone lipocaïque, préconisée par Laborit, soit en mesure de modifier favorablement l'indice lipidémique et de constituer ainsi un traitement préventif efficace de l'athérosclérose.

Honoré NADEAU

---

## REVUE DES LIVRES

---

**Travaux pratiques de physique médicale**, par André DJOURNO, professeur agrégé, directeur des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur A. STROHL. Un volume de 98 pages, avec 69 figures (16 × 23), 650 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>).

La place que tiennent les travaux pratiques dans les études des Facultés de médecine ne fait que croître. On a reconnu que cette méthode, qui fait surtout appel à l'activité propre de l'étudiant, est excellente pour faire comprendre et assimiler la somme des connaissances indispensables aux études médicales.

Selon la formule didactique des manuels de travaux pratiques, ce nouvel ouvrage est divisé en « manipulations ». Le choix qu'a établi l'auteur pour les travaux pratiques de physique de la Faculté de médecine de Paris, qu'il dirige, est guidé par le souci de former des praticiens connaissant les multiples ressources qu'apportent les agents physiques à la médecine ; la première place y est donnée aux techniques modernes de la radiologie et de l'électrologie.

C'est le rôle du manuel de travaux pratiques de rappeler d'abord à l'étudiant les principes qui sont la base indispensable des exercices qu'il va pratiquer. Il importe d'ailleurs de ne consacrer aux rappels théoriques que la place minimum pour la compréhension du travail à effectuer. L'ouvrage est surtout un guide pratique qui donne, après ce bref rappel, tous les développements utiles à l'exécution correcte de la manipulation avec assez de détails pour que le lecteur puisse en tirer le maximum de profit.

L'ouvrage, s'il est indispensable à l'étudiant de seconde année, s'adresse de plus à bien d'autres lecteurs : à tous ceux qui, leurs études terminées, auront besoin de mettre en œuvre une des nombreuses applications de la physique au diagnostic et au traitement des maladies et, principalement, aux électroradiologistes qui y puiseront des renseignements d'un vif intérêt sur le fonctionnement des appareils qu'ils utilisent quotidiennement, sans souvent les bien connaître.

De nombreux schémas très clairs illustrent et explicitent le texte.

## DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Appareillage radiologique. Les tubes L'alimentation. Questions. — Mesures en radiothérapie. Mesures quantitatives. Mesures qualitatives. Questions. — Géométrie radiologique. Rayon normal et applications. Repérage des corps étrangers. Tomographie. Questions. — Le cliché radiologique. Impression. Traitement. — Protection du radiologiste. Dispositifs. Précautions. Contrôles. — Électrodiagnostic classique. Généralités. Courant galvanique. Courant faradique. Autres courants. — Chronaxie. Généralités. Méthode des courants continus interrompus. Méthode des condensateurs. — Haute fréquence. Ondes amorties. Ondes entretenues. — Physicochimie. Mesure du pH. Mesure de la viscosité relative. — Puissance d'un verre d'optique. Méthode de détermination. — Ophtalmoscopie. Méthode à l'image renversée. Méthode à l'image droite. — Skiascopie. Mode opératoire. — La vision. Œil emmétrope, accommodation, champ visuel. Amétropies sphériques, acuité visuelle. Dyschromatopsies. — Astigmatisme. Méthode subjective. Méthodes objectives. — Questions d'optique.

**L'insuffisance cardiaque chronique — Études physiologiques —**

par André COURNAND (New-York), Jean LEQUIME (Bruxelles), Paul REGNIERS (Gand). Rapport présenté au XXVIII<sup>e</sup> congrès français de médecine (Bruxelles 1951). Un volume de 262 pages, avec 21 figures et 51 tableaux (16.5 × 25), 1,400 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>).

Les conceptions concernant le mécanisme de l'insuffisance cardiaque chronique se sont considérablement modifiées au cours des dernières années. Une telle évolution est due à l'application à l'étude des maladies du cœur de méthodes nouvelles d'investigation clinique ; celles-ci par leur précision peuvent, dans beaucoup de cas, donner à l'examen du malade la signification d'une véritable expérience de laboratoire.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la description détaillée de ces diverses techniques dont la plupart restent encore peu ou mal connues du clinicien ; leurs possibilités d'erreurs et leurs limites d'applicabilité sont analysées. Des chapitres sont consacrés successivement au cathétérisme du cœur et des gros vaisseaux, à la détermination du débit cardiaque, des pressions intravasculaires et intracavitaires, de la masse sanguine, de la vitesse circulatoire, enfin aux principales épreuves permettant l'étude de la fonction pulmonaire au cours des maladies du cœur.

La seconde partie du livre a trait au problème de l'insuffisance cardiaque chronique proprement dite. Les auteurs vont du simple au complexe. Après un rappel de certaines notions indispensables de physiologie expérimentale classique, ils procèdent à l'examen des facteurs physiologiques et physiopathologiques susceptibles d'intervenir dans la

régulation de la circulation des sujets à cœur normal. Ils étudient ensuite la physiopathologie circulatoire des cardiopathies et des pneumopathies chroniques avec insuffisance ventriculaire gauche ou droite isolée, et enfin celle des maladies du cœur avec insuffisance ventriculaire gauche et droite combinée. Cette façon de faire les autorise à présenter une théorie cohérente de l'insuffisance cardiaque chronique.

Les constatations faites présentent un grand intérêt pratique. La prévention et une thérapeutique logique de l'insuffisance cardiaque chronique nécessitent, en effet, une connaissance approfondie des mécanismes jouant un rôle dans son apparition. Les études présentées dans ce travail permettent notamment de comprendre l'action des corps digitaliques, de la saignée, de l'oxygène, etc., dans le traitement des divers types d'insuffisance cardiaque ; elles permettent en particulier d'essayer un traitement rationnel de certaines formes de cœur pulmonaire chronique ; elles définissent d'une façon précise les conditions dans lesquelles un rétrécissement mitral est susceptible d'une thérapeutique chirurgicale ; les résultats physiopathologiques de la commissurotomie sont analysés. Enfin, au cours de leur exposé, les auteurs s'attachent à indiquer quels sont les points restés obscurs dans la question de l'insuffisance cardiaque chronique et dans quelles directions les recherches futures doivent être dirigées.

**Traité de thérapeutique chirurgicale**, par P. BERTRAND, ancien professeur à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et J. CREYSSEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon. Deux tomes in-4° (20 × 27,5) formant 3,410 pages. Reliés, 23,000 fr. *G. Doin et Cie*, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (VI<sup>e</sup>).

Ce traité n'est pas un traité de technique chirurgicale étudiant les opérations, leurs techniques et leurs indications. S'il comporte, à propos d'une affection ou d'un syndrome déterminé, l'exposé des méthodes thérapeutiques, aussi bien médicales que chirurgicales, il insiste surtout sur les indications discutées en fonction des cas cliniques, et sur l'étude critique des résultats. Une telle conception exige à la base de l'étude des méthodes et des indications le rappel de certaines notions essentielles sur les causes, les aspects anatomiques et cliniques, l'évolution spontanée des affections étudiées. Ainsi se trouve sacrifié délibérément l'exposé détaillé des techniques, les principes seuls des diverses opérations étant retenus ainsi que l'évolution des idées sur le traitement de chaque maladie.

Un ouvrage ainsi conçu rendra service non seulement aux chirurgiens déjà expérimentés mais aussi à tous ceux qui, au cours de leurs années d'internat ou de leurs années de formation chirurgicale, demandent autre chose qu'un sec exposé des actuelles et provisoires conclusions. C'est ainsi que le problème thérapeutique est situé non pas au stade où l'opération est déjà décidée, mais au stade de la consultation où son

principe est discuté, mis en balance avec d'autres modes de traitement, avant qu'il soit question d'aborder les modalités possibles de l'acte opératoire. Ce traité pourra de même rendre d'immenses services aux médecins en leur permettant de mieux juger des conditions dans lesquelles se discute l'intervention, de ses avantages, de ses inconvénients.

Ce livre est l'œuvre de deux chirurgiens formés aux mêmes disciplines et appartenant à la même génération. Il n'est pas la juxtaposition d'articles rédigés par l'un ou par l'autre : il est né d'une étroite et quotidienne collaboration, d'une même compréhension des problèmes posés. Si les auteurs se sont adjoint, pour certains chapitres touchant à la chirurgie spécialisée, la collaboration de leurs élèves plus particulièrement orientés vers une discipline donnée, ils ont voulu écrire eux-mêmes la totalité de l'ouvrage pour lui conserver son unité de style et d'esprit.

**Bactériologie médicale**, par J. DUMAIS, chef de Service à l'Institut Pasteur, avec la collaboration de Paul BORDET et des chefs de Service de l'Institut Pasteur R. LAPORTE, P. LÉPINE, J. ROCHON, A.-R. PRÉVOT. D'une collection médico-chirurgicale à révision annuelle publiée sous la direction du Pasteur VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER. Un volume relié de 1,248 pages, avec 168 figures : 7,200 fr. *Éditions médicales Flammarion*, Paris.

Les Éditions médicales Flammarion présentent au public médical le premier grand *Traité de bactériologie* établi par l'Institut Pasteur à l'usage des médecins.

L'ouvrage met au point de la façon la plus moderne les questions se rapportant aux microbes pathogènes. Les huit chapitres : physiologie microbienne, technique bactériologique, microbes aérobies, bacille tuberculeux, microbes anaérobies, rickettsies, virus, immunité, ont été rédigés par des chefs de Service de l'Institut Pasteur qui, depuis longtemps, étudient ces sujets.

Ce livre traite particulièrement des difficultés que peut présenter le diagnostic bactériologique et des moyens d'établir ce diagnostic. Les notions de technique bactériologique générales et particulières à chaque espèce microbienne ont été décrites avec le souci de les rendre accessibles aux travailleurs. Des notions sommaires de pathologie complètent ces exposés bactériologiques.

Illustré de photomicrographies originales cet ouvrage servira de guide aux étudiants, aux médecins et à tous ceux qui poursuivent des recherches de laboratoire. Il est appelé à devenir en France et à l'étranger le traité de bactériologie classique.

#### ABRÉGÉ DE LA TABLE DES MATIÈRES

*Éléments de bactériologie générale.* Morphologie — constitution chimique des bactéries ; enzymes bactériens ; nutrition ; respiration bac-

térienne ; croissance des cultures ; variations bactériennes ; actions bactéricide et bactériostatique ; pouvoir pathogène ; toxigénèse et virulence.

*Technique bactériologique.* Matériel de laboratoire ; stérilisation ; filtration ; milieux de culture ; Examens microscopique ; ensemencement ; isolement et identification des microbes aérobies ; expérimentation sur les animaux.

*Microbes aérobies.* Classification des bactéries. Familles : *Neisseriaceæ* ; *Micrococcaceæ* ; *Parvobacteriaceæ* ; *Enterobacteriaceæ* ; *Pseudomonadaceæ* ; *Bacteriaceæ* ; *Vibrionaceæ* ; *Spirillaceæ* ; *Baccillaceæ* ; *Spherophoraceæ* ; *Actinomycetaceæ* ; *Mycobacteriaceæ*.

*Bactéries anaérobies pathogènes.* Introduction à l'étude des anaérobies stricts ; *Clostridiaceæ* : anaérobies des gangrènes ; plectridiales ; tétanos ; *Neisseriaceæ* ; *Micrococcaceæ* ; *Bacteriaceæ* ; *Actinomycetaceæ*.

*Spirochètales.* Genre *Borrelia* ; genre *Treponema* ; genre *Leptospira*.

*Rickettsies.* Groupes : du typhus exanthématique ; des fièvres pourprées ; fièvre du Queensland ; rickettsioses bénignes.

*Les ultravirus.* Caractères généraux des virus ; techniques biologiques d'étude ; technique physiques ; techniques chimiques ; étude des principaux virus.

*Immunité.* Historique ; immunité naturelle et phagocytose ; immunité humorale ; antigènes ; anticorps ; réaction antigène-anti-corps ; notion chimique de l'espèce et de l'individu ; allergie.

*Examen des produits pathologiques.* Examen bactériologique : de pus d'abcès à microbes aérobies ; des sérosités ; du liquide céphalo-rachidien des méningites aiguës ; hémoculture aérobie et anaérobie ; examen bactériologique des matières fécales ; numération des microbes ; préparation des auto-vaccins ; titrage du pouvoir antiseptique d'un corps chimique ; des sulfamides et des antibiotiques ; analyse de l'eau d'alimentation ; du lait ; examen des conserves alimentaires.

**Tension artérielle — Hypertension — Hypotension,** par Vital LASSANCE, membre de la Société française de cardiologie. Collection *Les Petits Précis*. Un volume 12 × 16. 306 pages. 18 figures. 750 fr. Éditeurs : *Librairie Maloine*, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI<sup>e</sup>).

Cet ouvrage apporte au médecin l'essentiel de ce qu'il peut et doit connaître, à l'heure actuelle, sur cette question toujours d'actualité et dont tant d'aspects restent obscurs : la tension artérielle et ses troubles.

Après un rappel de physiologie normale, guide précieux pour la compréhension du sujet, sont étudiés avec détail, d'abord les différentes méthodes de mesure, leur technique, leurs avantages respectifs, et d'au-

tre part la signification, la valeur séméiologique des chiffres normaux et de leurs variations.

La deuxième partie est consacrée à l'hypertension. Elle débute par une classification méthodique des états hypertensifs, séparant nettement les élévations tensionnelles que l'on rencontre dans certaines maladies bien identifiées (néphropathies, endocrinopathies, neuropathies, etc. . .) de ce qu'on a appelé l'hypertension essentielle, d'allure primitive.

Le chapitre le plus important est consacré à cette hypertension essentielle, qui mérite bien — avec quelques réserves — d'être appelée *Maladie hypertensive*. Il y est exposé ce que l'on connaît de son étiologie et de sa pathogénie, ce qui reste à expliquer, et surtout comment, en pratique, il convient de la concevoir, sans se laisser emprisonner par de trop étroites et trop exclusives théories.

L'étude clinique, conduite dans le sens le plus pratique et le plus utile est aussi complète que possible. Tous les symptômes qui attirent l'attention du malade et ceux que décèle l'examen médical y sont longuement envisagés : symptômes généraux et symptômes localisés créant des formes particulières où se succèdent phase de tolérance et phase troublée. Ainsi à propos du cœur, du cerveau, du rein, se posent chez les hypertendus de multiples problèmes de diagnostic et de traitement qui exigent des examens systématiques devenus indispensables dans la pratique courante et dont la technique et la valeur sont bien précisées — radio, électro, recherches biologiques, analyses, examens ophtalmoscopiques urologiques, urographie, etc. . . — Un certain nombre de tests auxquels il est utile de faire appel sont devenus classiques de nos jours.

Ainsi se trouvent préparées les conclusions relatives au pronostic, (avec en particulier le schéma des stades évolutifs dont les chirurgiens tiennent le plus grand compte), et au traitement qui est mis au point à l'aide de données les plus actuelles.

Des commentaires judicieux sans apporter de théories nouvelles, permettent au lecteur d'avoir au sujet de l'hypertension une conception d'ensemble, conception commode dissipant dans son esprit bien des obscurités qui entourent encore ce chapitre de la pathologie.

Ce précis, par sa documentation abondante et la commodité de son plan, constitue une étude pleine de bon sens et de clarté dont le praticien ne peut manquer d'apprécier l'intérêt et l'utilité réelle.

---

## CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

---

### Rapport du *Second Teaching Institute* de l'*Association of American Medical Colleges*

---

Sur l'invitation de l'*Association of American Medical Colleges*, j'ai eu l'honneur de représenter la Faculté de médecine de l'université Laval à leur *Second Teaching Institute* tenu à French-Lick, Indiana, du 10 au 15 octobre 1954. A cette réunion avaient été invités un professeur de chaque école de médecine des États-Unis et de leurs possessions et du Canada. Pendant les cinq journées de ce congrès, l'enseignement de l'anatomie pathologique, de la pathologie clinique, de la microbiologie et de la génétique a été discuté dans des forums et dans des discussions de groupe où chaque invité était forcé de prendre une part active.

Le premier jour, *les buts de l'enseignement* a été le sujet de discussion. Puisque la connaissance de nombreux faits est beaucoup moins importante que la compréhension des principes d'une science, il fut unanimement admis qu'il est préférable d'enseigner les règles fondamentales plutôt que de montrer à l'élève uniquement une série de faits divers. Ainsi il n'y a aucune nécessité de couvrir toute la matière d'une science dans un cours. En anatomie pathologique, par exemple, on doit enseigner à l'élève comment penser en pathologiste au lieu de lui servir seulement une série de connaissances disparates.

*L'anatomie pathologique* doit s'enseigner à partir de la deuxième année du cours de médecine et cet enseignement doit être constamment dirigé vers la compréhension des problèmes cliniques. Dans plusieurs universités, le nombre des cours théoriques a été considérablement diminué et même dans quelques écoles, ils ont été supprimés totalement pour être remplacés par des séances de laboratoire, mais surtout par des périodes de discussion. Dans ces milieux, il était possible d'agir ainsi en raison du nombre relativement restreint d'étudiants et du nombre élevé de professeurs, d'assistants-professeurs, de chargés de cours et de moniteurs (*instructors*). Pour le nombre d'étudiants en deuxième

année, l'université de Toronto est en tête, ensuite suivent de proche Laval, Montréal et McGill. Aux États-Unis, la moyenne d'élèves par année est entre 50 et 60, avec certaines écoles fortunées avec seulement 25 à 40. Dans les départements américains de pathologie on trouve en général au moins un *instructor* pour 10 ou 12 élèves. Yale, par exemple, avec environ 70 élèves au cours de pathologie, peut compter sur 17 *instructors*.

La *microbiologie* (bactériologie) est également enseignée en deuxième année. Depuis quelque temps, dans plusieurs centres, le nombre d'heures allouées à cette matière a été beaucoup diminué. Cette décision a été motivée par la baisse énorme dans la morbidité infectieuse. Ainsi dans un *curriculum* chargé on a quelques heures de plus pour l'enseignement des maladies dégénératives et du cancer. Dans le cours de microbiologie, la bactériologie systématique et la bactériologie diagnostique sont très écourtées et la plus grande partie du temps disponible est utilisée à l'étude des virus et à l'enseignement de problèmes immunologiques applicables à la médecine préventive avec un nombre surprenant d'heures réservées à la bactério-génétique.

Selon l'opinion générale, il n'y a aucune nécessité pour un cours spécial de *pathologie clinique* (hématologie et chimie médicale). L'enseignement de cette matière peut se faire dans les leçons d'anatomie pathologique, de médecine et de chirurgie, où on doit apprendre à l'élève l'interprétation et non l'exécution des épreuves de laboratoire. Dans un cours sommaire d'une dizaine de leçons avec des travaux pratiques, en quatrième année, il est cependant bon de montrer à l'étudiant comment pratiquer les examens de routine, chimiques et hématologiques, qu'il sera appelé à utiliser comme interne ou médecin-résident ou dans son cabinet de consultation.

La *génétique* est une science relativement nouvelle, mais tous ont semblé convaincus qu'il est maintenant nécessaire d'enseigner cette matière dans un cours de médecine. Ses applications sont nombreuses, dépassant largement le domaine de l'hématologie et de la tératologie. Il ne faudrait pas pour cela instituer un cours nouveau. Chaque école de médecine devrait compter dans son personnel enseignant un généticien entraîné. Celui-ci pourrait donner les principes généraux de la génétique humaine au cours de pathologie générale et ensuite, des leçons d'application dans les cours de pédiatrie, de médecine, etc.

La deuxième journée fut employée à l'étude des *problèmes du professeur*. On alors défini le bon professeur comme un gentilhomme et un savant, qui, par sa conduite et son enseignement, exerce une influence heureuse et manifeste sur ses élèves, ses confrères et la communauté en général et qui, en plus, démontre la capacité de pouvoir subsister avec un traitement modeste. Il est de toute importance qu'il soit doué d'une curiosité scientifique marquée, sans qu'il soit nécessaire qu'il mette cette curiosité à l'épreuve en faisant de la *recherche* au sens moderne du mot. Chez lui doit exister un amour cultivé de l'étude sous toutes ses formes. Pour l'anatomie pathologique et la microbiologie, il est important qu'il pratique activement ces sciences pour lui permettre de reconnaître continuellement les problèmes nouveaux et d'assurer son progrès personnel.

Ce travail ne devrait pas, en général, exiger plus que le tiers de son temps. L'utilité pour le professeur d'une préparation pédagogique et d'un entraînement au point de vue débit et dicton fut aussi un sujet à l'étude. Au cours des discussions, il devint évident que le problème du recrutement des professeurs est centré par la question monétaire.

*L'étudiant et ses problèmes* fut le sujet de discussion de la troisième journée. Il a été surprenant de constater que la question financière et l'état marital ne soulèvent de problèmes que pour un très petit nombre d'étudiants. Il fut convenu qu'il est utile de faire des efforts pour rendre le cours de pathologie, de bactériologie, et les cours de base en général, plus attrayants aux étudiants en utilisant par exemple, plus régulièrement du matériel clinique. Il ne faudrait pas cependant succomber complètement aux demandes des élèves et leur présenter seulement un catalogue de faits pratiques. Ceci aurait pour effet d'enlever à notre enseignement son caractère universitaire et de faire de plus en plus de nos Facultés des écoles professionnelles. Il est de première importance qu'on montre à l'étudiant comment penser et ceci le plus souvent malgré lui. En général l'opinion de l'étudiant en matière d'enseignement doit être prise à 10% de sa valeur.

L'utilité et les méthodes d'examens furent longuement étudiées. De plus en plus, les professeurs américains utilisent des examens objectifs et des épreuves pratiques. Dans la majorité des centres, on procède à des examens périodiques. Dans quelques universités, il n'y a qu'un examen final par matière, à la fin de l'année, et une université, Yale, n'en tient aucun au cours des 5 années de médecine. A cet endroit, les examens semblent bien superflus quand on sait qu'en microbiologie, par exemple, les élèves travaillent continuellement en groupes de 3 à 5 sous la direction d'un instructeur qui doit faire, à intervalles réguliers, un rapport détaillé sur le travail de chacun d'eux. En rapport avec les examens et le cours de médecine en général, l'état psychique de l'élève fut longuement discuté. Pour plusieurs, cette question était de premier plan. Pour notre part, nous avons osé exprimé l'opinion qu'un individu émotionnellement instable devrait être éloigné d'un cours de médecine.

La tendance générale est d'allonger la période des vacances plutôt que de la raccourcir. Pendant l'été on doit offrir à l'étudiant la facilité de travailler à des problèmes de recherche ou de participer à des travaux de laboratoire de diagnostic. Certains ont besoin de cette période pour refaire leurs finances. D'ailleurs il n'est pas illogique de donner à l'élève des loisirs pour penser, puisqu'on en réclame tant pour les professeurs.

La quatrième journée, *l'inter-relation des cours* fut le sujet de discussion. Tous ont été d'opinion qu'une corrélation des cours est opportune. Des professeurs d'une année doivent se rencontrer assez fréquemment, et même rencontrer les professeurs des autres années du cours, pour bien définir la matière qu'ils enseignent afin d'éviter des redites inutiles et des contradictions flagrantes. Plusieurs présentèrent des arguments en faveur d'une intégration dans l'enseignement. Le bactériologiste, le pathologiste et le généticien, par exemple, devraient être appelés à participer activement dans l'enseignement des sciences cliniques. Dans une université, l'université de Western Reserve, une intégration intégrale est

pratiquée. A cet endroit, il n'y a en fait qu'un cours dans les deux premières années et un cours dans les deux années cliniques. Ainsi l'horaire est divisé par sujet enseigné et non par département. Quand, par exemple, les maladies pulmonaires aiguës sont au programme, le bactériologiste, le pathologiste, le clinicien et le thérapeute traitent le sujet à tour de rôle. L'intégration poussée à ce point, à part de demander excessivement de temps de la part des professeurs, empêche toute répétition utile et nécessaire ; le jugement de l'étudiant n'est plus cultivé et son rôle est diminué à celui d'un simple auditeur quand, en réalité, c'est à lui que doit revenir tout le travail d'intégration. S'il n'est pas bon de porter l'inter-relation des cours à ce degré, tous d'un autre côté étaient en faveur d'une juxtaposition dans le programme. Il n'y a aucune raison, par exemple, que le microbiologiste et le pathologiste ne s'entendent pas pour enseigner les agents infectieux et les lésions infectieuses dans la même partie d'un semestre.

La corrélation, l'intégration et la juxtaposition des cours furent discutées d'abord en horizontale, c'est-à-dire pour les cours d'une même année, ensuite en verticale, c'est-à-dire pour les cours des différentes années, et finalement en diagonale. Après quelque temps, plusieurs eurent même l'impression que la question avait été envisagée également en spirale.

Le dernier jour du Congrès, toutes les discussions des jours précédents furent résumées dans une réunion générale des participants. En plus, l'enseignement du cancer fut le sujet à l'étude.

Avant la réunion de French-Lick, un questionnaire élaboré avait été adressé à chaque professeur invité. Le détail et l'étude statistique des réponses ont été publiés dans un volume de 150 pages. Ce volume peut être consulté au département d'Anatomie pathologique.

Que le lecteur se rappelle que ces notes ne sont qu'un rapport en résumé des entretiens qui ont lieu à French-Lick et d'une façon générale ne représentent pas nécessairement l'opinion du rapporteur.

Docteur Carlton AUGER,  
*professeur d'anatomie pathologique.*

---

### XIII<sup>e</sup> Congrès de l'Union internationale contre la tuberculose

---

*Tenu à Madrid du 26 au 30 septembre 1954*

---

#### CONCLUSIONS DES RAPPORTEURS

*1<sup>er</sup> rapporteur : Docteur G. CANETTI (Institut Pasteur de Paris) :*

*1° Les modifications anatomiques et bactériologiques au niveau des lésions tuberculeuses, sous l'influence des antibiotiques et de la chimiothérapie.*

Il faut considérer les lésions :

a) Aiguës : forme milliaire qui donnent en général une résorption totale.

b) Chroniques :

1. Lésions d'alvéolite exudative qui régressent en général complètement et guérissent très bien ;

2. Lésions d'inflammation péri-focales qui, elles aussi, disparaissent très bien ;

3. Lésions de métaplasie cellulaires (formation nouvelle de cellules épithéliales et géantes qui englobent les bacilles) lésions qui guérissent par sclérose ;

4. Lésions caséuses : ces lésions sont en général réfractaires aux antibiotiques ;

5. Lésions cavitaires : les cavernes se dégagent en général plus fréquemment depuis le rimifon.

*La résistance* : grâce au rimifon, on constate une atténuation de la virulence des bacilles ; la résistance chez l'être humain n'est pas établie et il faudrait trouver un même critère d'évaluation pour tous les modes de traitement et non pas seulement pour la chirurgie.

2<sup>e</sup> rapporteur : Le professeur K. TÆRNING, de Copenhague :

2° *Indications et choix des interventions chirurgicales chez les tuberculeux pulmonaires traités par les antibiotiques et la chimiothérapie.*

a) *La période de repos au lit* doit être sévère et est absolument nécessaire à la cure du tuberculeux ;

b) *La chimiothérapie* : suivant les cas, elle variera de 2 à 10 mois et souvent 18 mois ;

c) *La thoracoplastie* est toujours un bon procédé ;

d) *Le plombage* : il n'y a pas de preuves établissant sa sécurité ;

e) *Le pneumothorax artificiel et le pneumopéritoine* : les indications sont peut-être plus limitées, mais ces méthodes de traitement ont encore une place importante et semblent devoir reprendre toute l'importance qu'elles avaient autrefois ;

f) *La résection pulmonaire* : offre beaucoup plus de sécurité qu'autrefois. Elle sera accompagnée ou suivie de thoracoplastie s'il y a danger de distension.

3<sup>e</sup> rapporteur : docteur Blanco RODRÍGUEZ, de Madrid :

3° *Influence des nouvelles thérapeutiques sur l'organisation de la lutte antituberculeuse.*

a) La mortalité a diminué dans le monde entier, ce fait est établi ;

b) La morbidité n'a pas diminué autant qu'elle le devrait et très souvent à cause des traitements mal appliqués qui conduisent à la chronicité ;

c) La lutte doit continuer telle qu'elle est engagée c'est-à-dire que l'administration ne doit pas diminuer les budgets de la lutte antituberculeuse ;

d) On recommande une réglementation pour la distribution des antibiotiques et surtout l'éducation des médecins praticiens ;

e) On ne devrait pas faire de modifications dans l'armature de la lutte antituberculeuse :

— La vaccination au B.C.G. devrait être plus étendue ;

— Le diagnostic précoce par les méthodes de dépistage devrait continuer et être aussi plus étendu ;

On recommande l'amélioration des conditions dans les Sanatoriums pour chroniques, c'est-à-dire que dans les cas chroniques, il faudra autoriser ces patients à travailler quelques heures par jour, les intéresser plus vivement, plus activement afin que ces derniers, positifs, ne retournent pas dans la circulation ;

f) Un petit nombre de médecins préconisent la cure à domicile, mais c'est la petite minorité ;

g) Un certain nombre, particulièrement là où on manque de lits pour hospitaliser les tuberculeux, favorisent la limitation du temps au Sanatorium ;

b) On doit aussi s'occuper des maladies thoraciques non tuberculeuses : cancer, tumeur, maladies industrielles, champignons, etc. . . . ;

i) L'entraînement du personnel technique devra être poussé ;

j) On constate que la multiplication des chroniques devient un nouveau problème très aigu.

#### QUELQUES CONCLUSIONS GÉNÉRALES

a) Classification : La question reste en suspens. Cependant tous sont d'accord pour demander la simplification de la classification et une classification intéressante est proposée par Étienne Bernard, nous la joignons à une feuille du texte.

b) Considérant les antibiotiques : il faudra toujours donner au moins 2 antibiotiques à la fois et même 3 dans les cas sévères ; la résistance est ainsi retardée.

c) Le traitement par les antibiotiques doit être prolongé jusqu'à ce qu'apparaissent les signes de résistance. Si les bacilles demeurent nombreux, il vaut mieux recourir à la chirurgie si c'est possible. Autrement, il faut continuer le traitement presque indéfiniment.

d) Si on donne des antibiotiques pendant un an, le repos complet n'est pas toujours nécessaire durant la même période. Le repos doit être basé plutôt sur les conditions générales du patient.

e) L'avenir seulement dira si les lésions du début peuvent être stabilisées par les antibiotiques.

#### DOSAGE DES ANTIBIOTIQUES

On revient de plus en plus à la streptomycine quotidienne surtout pour les premiers mois.

*I.N.H.* Il faut élever les doses jusqu'à 500 mgs par jour et le donner chez les enfants en suppositoires, il est plus effectif.

*P.A.S.* Buccal : on le donne en Angleterre et en Scandinavie. Intraveineux : sous forme de *S.T.A. P.A.S.* surtout en France, et dans certains autres pays si la lésion est grave ou résistante.

Il faut prolonger les antibiotiques tant qu'il n'y a pas de signe évident de résistance.

CLASSIFICATION PROPOSÉE PAR ÉTIENNE BERNARD

- 1° Lésion récente ou ancienne : primaire ou postprimaire ;
- 2° Extension des lésions : a) minime, b) moyenne, c) très étendue ;
- 3° Type radiologique : pure ou associée : a) milliaire, b) nodulaire, c) infiltration, d) cavitaire ;
- 4° Bacillifère ou non (indiquer par quelle méthode).

Docteur Alphonse L'ESPÉRANCE,  
directeur médical de l'Hôpital Laval.

Docteur Herman GAUTHIER,  
directeur médical du Sanatorium  
Saint-Georges de Mont-Joli.

---

**III<sup>e</sup> Congrès international**  
**de l'American College of Chest Physicians à Barcelone**

du 4 au 8 octobre 1954

---

Le troisième Congrès international sur l'étude des maladies du thorax sous l'égide de l'American College of Chest Physician a eu lieu à Barcelone du 4 au 8 octobre 1954.

L'inscription des membres participants a eu lieu le 4 octobre toute la journée, et le soir à 10 h. 30 a eu lieu au Palais National de Montjuich l'ouverture officielle. Les discours de bienvenue ont été prononcés par le président de l'American College et le docteur A. Caralps président de la section espagnole et nombre d'autres. A 11 h. 30 eut lieu une réception dans les salons du palais et on y a sablé le champagne.

Les conférences ont eu lieu de 9 heures a.m. à 12 heures a.m., les mardi, mercredi, jeudi et vendredi sous différents chapitres tels que : tumeurs du médiastin, tuberculose, hydatidose, bronchiectasie, etc.

Malheureusement les salles de conférences étaient mal aménagées, l'horaire n'était pas suivi et il n'y avait pas de traductions ; la majorité des conférences étaient en espagnol, en italien ou en allemand. Franchement, de l'avis des américains, cette conférence a manqué d'organisation car les américains n'ont pas eu à y voir, on ne leur a pas demandé leurs avis et les Espagnols n'ayant peu d'expérience dans ce genre de conférences, il y avait beaucoup qui laissaient à désirer.

De midi à 1 heure il y avait forum où tous pouvaient participer ; encore ici la traduction était affreuse et nous ne pouvions comprendre que ce qui se disait en anglais ou en français.

Voici un bref résumé de ce qui touche à la tuberculose et qui semble nouveau :

1° Diagnostic différentiel de la tuberculose et du carcinome au moyen de la pleuroscopie, surtout chez les sujets plus âgés par l'examen de l'espace pleural et de l'épanchement qui y est présent.

2° Le problème de la résistance du bacille de Koch dans le traitement par la streptomycine, l'isoniazide et le P.A.S. On doit employer deux drogues combinées, pas d'avantage à employer trois drogues simultanément.

3° De Suisse, on rapporte que l'évolution de la tuberculose tend vers plus de bénignité générale, plus de formes tumorales (tuberculomes), ce qui rend la guérison plus problématique car les antibiotiques sont moins opérants sur les infiltrats homogènes ou encapsulés.

4° Les pneumonies et broncho-pneumonies tuberculeuses sont moins fréquentes grâce aux antibiotiques et le foyer initial a moins de tendances à se disséminer.

5° De Suisse, on dit que le pneumothorax conserve des indications utiles et précises. Les complications pleurales ont discrédité la méthode et, aujourd'hui, grâce aux antibiotiques et au perfectionnement de la technique du jacobæus, ces complications ne sont pas plus fréquentes que dans d'autres formes de traitements chirurgicaux.

6° De France, le drainage de Monaldi dans le traitement actuel des cavernes de la tuberculose pulmonaire excavée, combiné aux antibiotiques et au pneumopéritoine.

7° De Rome, sur la nécessité d'une direction unique dans la thérapeutique chirurgicale comme aujourd'hui c'est à peu près le cas en ce qui regarde la thérapeutique médicale. (Les méthodes chirurgicales varient entre nations et dans un même pays.)

8° De Forlanini, on a fait l'étude de 1,500 cas de pneumothorax associés aux antibiotiques. On observe une diminution de toutes les complications du pneumothorax, mais surtout des complications pleurales (empyèmes, épaississement pleural et manque de réexpansion pulmonaire). Les complications aujourd'hui doivent être attribuées à des erreurs de technique.

9° Pneumothorax artificiel combiné avec pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

10° De Bilbao, Espagne, les aérosols dans les infections chroniques de l'arbre trachéo-bronchial, recherche du microbe, de sa résistance aux antibiotiques. On emploie surtout la streptomycine, la chloromycétine, aussi l'aureomycine et la terramycine, on emploie peu la pénicilline.

11° Infiltrations pulmonaires fugaces avec éosinophilie dans le sang, et qui disparaissent dans 1 à 3 semaines, cause : soit allergique à virus ou ascaridiase. Il faut les soupçonner avant d'instituer un traitement sanatorial.

12° Lavage bronchique comparé aux autres recherches du bacille de Koch. La méthode de lavage bronchial par aérosols initié par García

en 1951 est la plus recommandée. L'équipement consiste en un nébulisateur de Vilbiss n° 40, contenant 15 c.c. de sérum physiologique et qui se connecte à une pompe à pression Gamco qui produit jusqu'à 15 livres de pression pour nébuliser le sérum physiologique. On se sert d'un récipient stérile à large bouche en cristal pour recueillir le matériel du lavage. Le sérum nébulisé lave les muqueuses bronchiales en même temps qu'il stimule les sécrétions broncho-pulmonaires. Le matériel obtenu s'examine par les méthodes ordinaires. Sur 223 cas négatifs dans les crachats on fit des lavages par aérosols et des tubages gastriques. On obtint 36% de cultures positives par lavage par aérosols et 26% par tubage gastrique. On peut le faire aussi pour l'étude cytologique de l'arbre bronchique par la méthode de Papanicolau dans le diagnostic du cancer pulmonaire et bronchique.

13° Résultat paradoxal des pneumothorax incomplets largement adhérents — comparés aux adhérences localisées qui doivent être sectionnées.

14° Pour conclure, voici un résumé du rapport du professeur D. E. Morelli, de Rome, doyen éminent des phthysiologues italiens.

#### LIMITE DE LA CHIRURGIE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

L'apparition des antibiotiques, la streptomycine d'abord et l'isoniazide ensuite, conduisirent beaucoup de médecins à proclamer la fin de la collapsothérapie. C'est le contraire qui arrive cependant car l'amélioration que ces médicaments ont apportée permet que le pneumothorax agisse dans des cas où il n'aurait pas été appliqué sans ces médicaments.

Il en est de même maintenant dans les opérations directes sur le poumon : exérèse totale, lobectomie, interventions de zones. Les merveilleux résultats statistiques obtenus par d'habiles chirurgiens les poussent à des interventions systématiques éliminant presque la collapsothérapie. Afin que les échecs tardifs ne diminuent pas les admirables résultats obtenus, il faut savoir où et quand l'on doit intervenir. Seule la physio-pathologie nous montre le chemin.

C'est un dogme de médecine qui dit que la guérison avec la conservation de l'organe et de ses fonctions est toujours préférable à l'extirpation de l'organe totale ou partielle. On considère par contre que les interventions légères sur le poumon produisent également des symphyses pleurales car elles diminuent la grande force défensive du poumon et favorisent l'apparition et le développement de nouvelles lésions tuberculeuses.

C'est pourquoi, lorsque son action est possible, il faut recourir au pneumothorax qui apporte la guérison à un très grand nombre de patients et permet la récupération de la fonction respiratoire. Il suffit de penser au fait qu'après avoir guéri un poumon il est possible d'appliquer un pneumothorax à l'autre côté ou bien un pneumothorax peut exercer son action contre-latérale bienfaisante. Je crois en outre pouvoir assurer que lorsqu'il est possible il est préférable de guérir une lésion laissant *in situ* le poumon au lieu de l'éliminer chirurgicalement. S'il n'en était pas

ainsi, il serait nécessaire de détruire tout concept de vaccination et d'immunisation acquises c'est pour cela que, lorsque la guérison peut être assurée, il est préférable de pratiquer l'intervention sur la paroi thoracique avant de la pratiquer sur le poumon. Je réserve l'exérèse où la lobectomie dans les cas de symphyse pleurale et d'une gravité telle qu'il n'existe aucun espoir de récupération fonctionnelle par d'autres moyens, dans les cavernes insufflées, de siège para-médiastinique et dans les cavernes résiduelles des pneumothorax ou de thoracoplastie.

Il ne faut jamais oublier que la tuberculose est une maladie générale et que, peut-être, si elle se localise dans le poumon, il est donc plus facile qu'elle se localise dans le poumon survivant, et il faut se rappeler que le poumon collabé par un pneumothorax récupère sa puissance défensive à tel point qu'une lésion miliare généralisée respecte le poumon sous pneumothorax et que, pour cette raison, le poumon peut reprendre sa fonction en cas de lésion du côté opposé.

Les merveilleux résultats de la chirurgie pulmonaire pourront augmenter uniquement si le médecin et le chirurgien discutent les cas un à un et en n'oubliant pas, que seulement les chirurgiens très habiles munis de grands et bons appareils peuvent opérer sur le poumon, cependant que des milliers de médecins peuvent appliquer le pneumothorax avec des appareils simples, pourvu qu'ils connaissent la technique et la physiopathologie pulmonaire.

Docteur Henri REID

---

### Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

---

La *Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique* fut fondée au cours du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique qui a eu lieu à Genève du 26 au 31 juillet 1954.

Le Conseil d'administration qui a été élu se compose de :

**BUREAU :**

Professeur H. de Watteville, président (Genève, Suisse) ;  
 Professeur L. Gérin-Lajoie, 1<sup>er</sup> vice-président (Montréal, Canada) ;  
 Professeur E. Cova, 2<sup>e</sup> vice-président (Turin, Italie) ;  
 Professeur R. Keller, secrétaire (Strasbourg, France) ;  
 F. L. Adair, M.D., trésorier (Maitland, Fla., É.U.A.).

**MEMBRES :**

Professeur H. Martius (Göttingen, Allemagne) ;  
 Professeur César A. Brea (Buenos Aires, Argentine) ;  
 Professeur O. Rodrigues Lima (Rio-de-Janeiro, Brésil) ;  
 Docteur V. B. Green-Armytage (Londres, Grande-Bretagne)

Professeur B. N. Purandare (Bombay, Inde) ;  
 Professeur Hideo Yag (Okayama, Japon) ;  
 Professeur A. Bravao (Mexico, Mexique) ;  
 Docteur J. Harbutt (Auckland, Nouvelle-Zélande) ;  
 Professeur A. Belochapko (Moscou, U.R.S.S.) ;  
 Howard C. Taylor, Jr., M.D. (New-York, N. Y., É.U.A.).

SECRÉTAIRE EXÉCUTIF :

Docteur W. Geisendorf (Genève, Suisse).

Les statuts de la Fédération ont été acceptés par 42 pays (Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Cuba, Danemark, Égypte, Espagne, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Inde, Indonésie, Irlande, Israël, Italie, Japon, Liban, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Panama, Pays-bas, Philippines, Pologne, Portugal, République Dominicaine, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, U.R.S.S., Uruguay, U.S.A., Vénézuéla, Yougoslavie).

Les buts de la Fédération, tels qu'ils figurent à l'article 2 des statuts, sont :

- a) De favoriser le développement de la science et d'aider les recherches scientifiques dans tous les champs de la gynécologie et de l'obstétrique, de rendre possible une meilleure santé physique et mentale des femmes, des mères et de leurs enfants par tous les moyens appropriés, d'étendre et d'améliorer les échanges d'informations et d'idées dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, de contribuer à la recherche de nouvelles connaissances, de perfectionner l'enseignement de la profession, de faciliter la coopération internationale et d'améliorer les relations entre les groupements nationaux médicaux de la profession ;
- b) De conseiller, au sujet de ces questions, une ligne de conduite commune sur proposition des Sociétés adhérentes ;
- c) De représenter les Sociétés adhérentes toutes les fois qu'une action collective scientifique peut être exercée en ces matières ;
- d) D'encourager la création et le développement de toutes œuvres s'efforçant de réaliser les conceptions de la Fédération telles qu'elles sont définies sous lettre a) ;
- e) D'organiser des Congrès internationaux réunissant tous les pays ou certains groupes de pays. A moins que les circonstances ne l'empêchent, chaque Congrès international se tiendra successivement sur un continent différent. Les membres de chaque Société peuvent assister à tous les Congrès.

LE SECRÉTAIRE EXÉCUTIF

---