

ALLOCUTION

**prononcée à l'occasion de l'ouverture des cours
de la Clinique médicale A, le 18 octobre 1948**

En prenant la parole pour la première fois devant vous, comme professeur de Clinique médicale, je tiens avant toute chose, ainsi que l'a fait mon collègue, M. Hoet, à rendre hommage à notre prédécesseur, le Prof. Maldague. Esprit encyclopédique, doué d'une énergie infatigable, imprégné d'une très haute conception du devoir médical, M. Maldague a joué durant 15 ans à notre Faculté de Médecine un rôle de premier plan en dirigeant à la fois la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Pierre et la Clinique pédiatrique. Il faut savoir ce que comporte de responsabilités et de prestations quotidiennes la direction d'un service de médecine pour se rendre compte du labeur acharné que cela représente.

La leçon inaugurale solennelle par laquelle les nouveaux titulaires ouvrent leur enseignement n'appartient pas aux traditions de notre Faculté. Ce n'est pas une raison pour nous dispenser de témoigner publiquement notre reconnaissance à ceux de nos maîtres qui ont exercé la plus profonde influence sur notre formation scientifique et médicale.

Je songe avant tout au chanoine Victor Grégoire, qui dirigeait

le laboratoire de Cytologie de la Faculté des Sciences à l'époque où je m'inscrivis pour la première fois à l'Université. Titulaire de la Chaire de Botanique, le professeur Grégoire exerçait sur les jeunes étudiants un ascendant incomparable. Il le devait à la clarté lumineuse de ses leçons, à la rigueur de sa pensée, mais aussi à la sollicitude avec laquelle il accueillait les jeunes gens qui venaient lui demander conseil dans leurs difficultés. Nous admirions le chanoine Grégoire sans même savoir que ses recherches scientifiques lui avaient assuré une des toutes premières places parmi les cytologistes du monde entier. Monsieur Grégoire me reçut à son laboratoire en 1920. Cerveau prodigieux, il s'intéressait aux problèmes les plus divers de la biologie. Durant la première occupation, son ami, le professeur Lemaire, lui avait signalé les nombreux problèmes qui attendaient encore leur solution dans le domaine si complexe de l'hématopoïèse. Le professeur Grégoire me chargea de les étudier, en liaison avec la Clinique médicale, et c'est ce qui décida tout travail de réflexion scientifique.

Les mots ne suffisent pas pour exprimer tout ce que je dois à ce maître, qui nous donnait le meilleur de lui-même et attachait moins d'importance à nous familiariser avec une technique qu'à nous inculquer les habitudes de pensée indispensables à tout notre travail de réflexion scientifique.

Au service de Monsieur Lemaire, dont je devins l'interne en 1925, après avoir conquis mon diplôme, j'eus le privilège de vivre au contact d'un grand clinicien, dont les anciens de Louvain n'ont pas oublié le prestige. Un peu redoutable au premier abord, car sa carrure était imposante, Monsieur Lemaire était pour ses élèves un véritable père à partir du moment où la glace était rompue.

Prince du diagnostic, il possédait à fond la propédeutique qu'il avait longtemps enseignée, et c'était un vrai régal de voir le patron apporter en quelques minutes la lumière dans des cas qui n'étaient pour nous que de troublants points d'interrogation.

En 1925, le personnel de la Clinique médicale était encore très réduit : nous étions deux internes, auquel le chef de clinique, devenu depuis lors le professeur Van Goidsenhoven, distribuait ses conseils éclairés. Le service de radiologie était confié au

docteur Boine, homme modeste mais radiologue de premier plan, dont les démonstrations de clichés nous passionnaient. Quant au laboratoire, la cheville ouvrière en était François Godts, le fidèle collaborateur du maître, technicien polyvalent, entraîné à l'hématologie, à la chimie médicale, à la bactériologie, ce qui ne l'empêchait pas d'être en même temps le photographe du service et du parquet. J'ai été heureux de retrouver aujourd'hui à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Pierre celui qui m'aida plus d'une fois à identifier un cylindre douteux ou un microbe peu caractéristique.

Au cours des années suivantes, l'état-major s'élargit. Le professeur Lemaire obtint de Monseigneur Ladeuze la création d'un laboratoire de recherches, dont il voulut bien me confier la direction. Il me donna ainsi la joie de pouvoir travailler avec des collaborateurs dont je me rappelle avec émotion l'enthousiasme : Georges Pieraerts qui, au cours de sa carrière coloniale, a publié depuis d'intéressants travaux de médecine tropicale ; K. Lamers, actuellement interniste en Hollande ; Joseph Dieryck, qui devint ensuite le collaborateur de Fiessinger et de Chiray ; Arthur Leto, Léon Morelle, Albert Wuyts, d'autres encore...

La mort inopinée du professeur Lemaire nous plongea dans la consternation. Il comptait demeurer une huitaine de jours en clinique et il n'en revint plus. Ce fut pour notre Université une perte profondément ressentie. Notre maître, qui, en science, fuyait les sentiers battus, avait entrepris depuis quelques années des recherches d'une haute originalité sur le mécanisme des douleurs viscérales. Il les avait résumées dans une première monographie mais comptait leur donner encore un vaste développement lorsqu'il disparut de façon prématurée.

Au souvenir de mes maîtres louvanistes, je dois associer celui de mes maîtres étrangers, dont le bienveillant accueil m'a permis de compléter ma formation clinique et hématologique.

Ma dette de reconnaissance va avant tout au maître de l'école hématologique italienne, à Adolfo Ferrata, décédé récemment. Ferrata était, il y a 25 ans, le plus réputé des hématologistes des pays latins. A Sienne d'abord, à Pavie ensuite, il m'a reçu comme un fils.

A Paris, mon séjour à la clinique du professeur Marcel Labbé me permit de perfectionner mes connaissances dans bien de

questions relatives aux maladies de la nutrition et du tube digestif.

Au service du professeur Lian, le maître de la propédeutique cardiaque, les rythmes en trois temps cessèrent d'être pour moi une dangereuse pierre d'achoppement.

A Vienne, enfin, le professeur Carl Sternberg eut l'amabilité de me permettre d'étudier sa riche collection de coupes d'anatomie pathologique, et passa de nombreuses heures à instruire l'ignorant que je devais être à ses yeux.

Je remercie aussi tous ceux qui m'assistèrent pendant les 15 années durant lesquelles je dus assurer l'enseignement de la pathologie interne et de la propédeutique médicale, auxquelles s'ajouta récemment, à la veille de la guerre, la pathologie du travail.

Madame Fontenelle-Gérard, Paul Vande Calseyde, Pierre Hollebeke, André Ferrière, Frans Lavenne, Max Mandart, Roger Masure, Bruno Tortori-Donati, furent pour moi de précieux collaborateurs, tant pour les tâches monotones de chaque jour que pour la recherche scientifique. Et si je cite en dernier lieu mon ami William De Weerd, pour qui la direction du service de transfusion constitua la transition entre l'hématologie et l'anesthésiologie, c'est pour lui répéter combien les 12 années qu'il travailla au laboratoire de pathologie médicale furent pour moi agréables et fécondes.

Je tiens enfin à déclarer que bien des recherches, entreprises au laboratoire, n'auraient pu être menées à bonne fin si je n'avais pu compter sur la fidèle collaboration de Mademoiselle Morelle, hématologiste avertie, dont le dévouement est inégalable.

Au moment d'occuper cette chaire de Clinique médicale, en octobre 1948, je revois en esprit l'état de la médecine interne à l'époque de mon internat.

Dans le domaine des maladies du cœur, le recours à l'électrocardiogramme était encore tout à fait exceptionnel : c'est à peine si nous adressions de temps à autre à l'Institut de Physiologie un patient présentant un trouble du rythme qui nous semblait

extraordinaire. Le diagnostic d'infarctus du myocarde n'était posé qu'à l'autopsie.

En pathologie respiratoire, pneumonies et bronchopneumonies étaient des affections redoutées, dont nos thérapeutiques ne modifiaient guère l'évolution. En matière de tuberculose, l'école de Louvain commençait seulement à abandonner les espoirs qu'elle avait basés sur la tuberculinothérapie et à appliquer les méthodes collapsothérapeutiques, auxquelles il n'était encore que rarement recouru.

En endocrinologie, l'opothérapie thyroïdienne était la seule à donner des résultats incontestables ; le métabolisme basal, grande nouveauté, se mesurait à l'Institut de Physiologie, où le professeur Noyons poursuivait d'intéressantes recherches dans ce domaine.

L'insuline venait de faire son apparition, mais nous l'injections encore à petites doses, par suite de son prix élevé et d'une crainte exagérée des accidents hypoglycémiques.

En gastro-entérologie, la cholécystographie était encore inconnue et nous ne pratiquions pas encore le tubage duodéal. Mais notre maître avait poussé très loin l'étude des topographies douloureuses et des réflexes viscéromoteurs, ce qui lui permettait de brillants diagnostics en pathologie abdominale.

Dans le domaine des maladies du sang, les anémies pernicieuses méritaient encore leur nom et aboutissaient régulièrement à la mort. En dehors des hémorragies aiguës, on ne recourait à la transfusion sanguine qu'avec parcimonie. Nous n'avions pas encore vu un seul cas d'agranulocytose.

Dans les septicémies, la sérothérapie et les autres thérapeutiques mises en œuvre, procuraient rarement un succès.

Le bilan des 23 années qui se sont écoulées depuis lors tient vraiment du prodige, et le rythme des progrès va en s'accéléralant.

Parmi les grandes découvertes thérapeutiques de cette époque, une des premières en date a été celle du traitement des anémies pernicieuses par l'opothérapie hépatique, que nous devons aux recherches de Minot et Murphy, basées elles-mêmes sur les expériences de Whipple. Notre maître, le professeur Lemaire, fut le premier en Europe à confirmer le caractère décisif des résultats thérapeutiques acquis par la nouvelle méthode.

Les progrès réalisés dans la lutte contre les agents infectieux ont eu une portée immense. Ils se firent en deux étapes. De 1935 à 1944, ce fut l'ère des sulfamidés, nés des travaux de Domagk sur le prontosil. Le pronostic de la plupart des infections streptococciques en fut complètement modifié, comme celui de la pneumonie, vaincue par le Dagenan.

A partir de 1944, s'ouvrit l'ère des antibiotiques, avec la pénicilline de Fleming, suivie de la streptomycine de Waksman, qui a permis pour la première fois d'arracher à la mort des cas de granulie aiguë et de méningite tuberculeuse.

Il nous faudrait des heures pour passer en revue tous les progrès marquants de la pharmacothérapie : contentons-nous d'une allusion rapide aux hormones synthétiques, aux vitamines, aux antihistaminiques, aux antithyroïdiens de synthèse, aux agents cytostatiques.

L'introduction de ces agents puissants en thérapeutique n'a pas été du reste sans contre-partie : les phénomènes d'intolérance dus à l'idiosyncrasie et aux surdosages ont fait apparaître une pathologie nouvelle avec laquelle le praticien d'aujourd'hui doit être familiarisé.

La période considérée a vu le développement d'innombrables techniques diagnostiques nouvelles et le raffinement de la plupart de celles que nous possédions déjà.

En cardiologie, l'électrocardiographie a pris un développement considérable. Les spécialistes ont accumulé une énorme documentation sur l'interprétation des tracés obtenus en dérivations périphériques. Depuis 10 ans, l'étude des dérivations précordiales a fourni une ample moisson de données complémentaires.

En pneumologie, les observations des bronchoscopistes sont en train de rénover la pathologie bronchique. Le repérage topographique des lésions pulmonaires, qu'il s'agisse de bronchectasies, d'abcès, de cavernes ou de tumeurs, est devenu de plus en plus précis grâce à l'association de l'endoscopie et des investigations radiologiques, parmi lesquelles la tomographie s'est acquise une place de premier rang. Ce repérage soigneux eût été assez inutile à l'époque encore proche où la plupart de ces lésions n'étaient que médiocrement influençables par nos traitements symptomatiques ou généraux. Il est devenu obligatoire

depuis que les progrès de la chirurgie thoracique ont permis d'entreprendre des exérèses susceptibles de procurer une guérison intégrale.

En hématologie, les ponctions des organes hématopoïétiques et plus particulièrement la biopsie médullaire sont venues compléter l'étude du sang périphérique. Leur interprétation exige une connaissance approfondie de l'hématologie morphologique. De nombreux cas de diagnostic difficile ont été de ce fait éclairés, mais de nouveaux problèmes ont été posés, que nous ne soupçonnions pas, en sorte que certaines hémopathies nous apparaissent aujourd'hui plus complexes qu'il y a 20 ans et devront probablement être démembrées.

En endocrinologie, les travaux conjugués des cliniciens, des expérimentateurs et des biochimistes ont permis de préciser la pathogénie et la symptomatologie humorale des diverses endocrinopathies : la part de la biochimie dans l'interprétation de bien des syndromes s'est considérablement accrue. Nous n'en donnons pour preuve que les recherches récentes sur les céto-stéroïdes urinaires.

En pathologie digestive, la collaboration des gastro-entérologues et des radiologistes a poussé jusqu'au raffinement l'analyse des clichés de l'estomac et du duodenum, cependant que la pathologie hépatobiliaire a largement bénéficié de la mise au point de nombreuses épreuves fonctionnelles et de la cholécystographie.

En vous citant ces exemples, mon but n'est pas de vous exposer les innombrables progrès réalisés en médecine interne depuis un quart de siècle, suivant un rythme qui va en s'accéléralant. Un gros volume y suffirait à peine. J'ai simplement voulu vous montrer combien la Clinique médicale, qui englobe l'étude de toutes les maladies internes, est devenue quelque chose de complexe. Quelle que soit la culture médicale générale d'un interniste, il lui est actuellement devenu impossible d'approfondir également toutes les branches de son immense spécialité et de posséder personnellement la maîtrise de toutes ses techniques.

Le travail en équipe est devenu indispensable. L'organisation d'une équipe de médecine interne doit, à mon avis, être conçue de manière à réunir en un ensemble coordonné des médecins qui associent à une formation générale aussi complète que pos-

sible, des connaissances approfondies dans un domaine particulier. Dans une organisation universitaire où, comme à Louvain, la neurologie fait l'objet d'une chaire autonome, l'équipe de clinique médicale doit compter au moins un cardiologue, un endocrinologue, un gastro-entérologue, un hématologiste et un pneumologue. Nous espérons, le professeur Hoet et moi, que cet état-major pourra être réuni au complet et peut-être même élargi pour le moment où les projets de reconstruction des services de médecine interne se seront concrétisés.

Par des prises de contact répétées à l'occasion des examens de malades réalisés en commun, dans les salles et aux consultations, comme au cours de réunions didactiques d'information réciproque, nous espérons faire la part du besoin croissant de spécialisation, sans courir le danger d'un démembrement radical de la médecine interne qui aurait pour la santé des patients comme pour la formation des futurs médecins les plus fâcheuses conséquences.

Si nos manuels de pathologie répartissent les innombrables affections entre les divers appareils organiques, c'est en grande partie, ne l'oublions pas, pour des raisons d'ordre didactique. L'organisme humain est dans la réalité infiniment complexe et la lésion prédominante au niveau d'un organe trouve fréquemment sa cause dans une modification d'ordre général, nerveuse ou humorale, que le bon médecin doit savoir identifier. Des recherches récentes sur la pathogénie de l'ulcère gastrique, maladie « locale » par excellence, n'ont-elles pas abouti à incriminer, dans certains cas au moins, l'intervention du système nerveux central ?

Innombrables sont, d'autre part, les cas où la lésion d'un organe retentit par des mécanismes divers sur le fonctionnement des autres appareils.

Prenons le cas, peu fréquent mais combien typique, de la hernie de l'hiatus diaphragmatique, dont nous avons réuni récemment quelques observations. Cette hernie peut, fort honnêtement, se faire remarquer par des malaises épigastriques ou de la dysphagie, qui conduiront directement le patient chez le gastro-entérologue, lequel, s'il est doublé d'un radiologue soigneux, fera aisément le diagnostic. Mais la hernie peut engendrer des douleurs précordiales, d'allure quelquefois angineuse, qui aiguil-

leront le malade vers un cardiologue. Les risques de méconnaissance de la lésion ne seront pas négligeables, si le cardiologue n'a pas présentes à l'esprit toutes les affections digestives susceptibles de retenir sur le fonctionnement cardiaque.

La même hernie enfin peut se mettre à saigner de façon occulte et intermittente et conduire son porteur chez l'hématologue, qui risquera de conclure à une anémie « essentielle » s'il n'a pas maintenu la liaison avec la gastro-entérologie.

Je pourrais vous citer de multiples cas où des malades ont payé cher la confiance accordée à un spécialiste à ceillères. Mais l'équité me force à ajouter qu'un interniste de compétence générale très honorable, peut tâtonner lamentablement en présence de cas qu'un spécialiste identifiera d'un coup d'œil.

Pour que soient évitées ces erreurs il est, à mon avis, fondamental que chacun en médecine reconnaisse avec sincérité les limites de sa propre science et que, sans fausse honte, il s'adresse au confrère qui lui semblera le plus qualifié pour résoudre le problème diagnostique ou thérapeutique en suspens. L'organisation sociale actuelle de la médecine peut être critiquable sur bien des points de détail ; elle a au moins l'avantage de mettre à la disposition des plus humbles toute l'échelle des compétences médicales.

Je crois avoir suffisamment insisté sur la nécessité absolue qu'il y a à toujours envisager en médecine clinique l'organisme dans son ensemble et non un organe particulier. Et quand il s'agit de l'organisme humain, n'oublions pas que nous avons affaire à un individu qui pense et qui sent, que nous devons chercher à comprendre et que nous soulageons souvent mieux si nous avons réussi à gagner sa sympathie et à mériter sa confiance.

L'école américaine fait grand cas actuellement de ce qu'elle a appelé la médecine psychosomatique. Il ne s'agit point d'une spécialité nouvelle mais d'une réaction contre la médecine mécanique, à laquelle étaient arrivés certains milieux médicaux, férus d'examen de laboratoire et dédaigneux des facteurs psychologiques, jugés médiocrement intéressants et en tous cas peu scientifiques.

Le mouvement psychosomatique vise à intégrer la psychiatrie et la psychologie dans la médecine générale et à étudier en par-

ticulier les modifications somatiques résultant des facteurs émotionnels.

Grâce à leur esprit d'investigation systématique, les Américains ont réuni dans ce domaine une foule d'observations du plus haut intérêt. Mais il convient de remarquer que beaucoup de faits enregistrés n'ont rien de neuf pour nos vieux praticiens qui, au contact des malades dont ils connaissaient les soucis et les peines, n'ont jamais cessé de pratiquer une médecine psychosomatique, une médecine véritablement humaine.

Je vous souhaite à tous de ne jamais tomber dans les travers de la médecine mécanique. Mais je vous conjure de ne pas tomber dans la médecine commerciale, à laquelle semblent nous inviter, hélas ! les bordereaux des assurances sociales et les carnets fiscaux dont la popularité vous est connue. Je n'ignore pas que la vie est dure pour beaucoup d'étudiants et de jeunes diplômés. Ceux d'entre vous qui voudront se spécialiser en médecine interne auront à consentir bien des sacrifices avant de recueillir le fruit de leur labeur. Avec mon collègue, Monsieur Hoet, je leur promets de faire tout ce qui sera en mon pouvoir pour leur faciliter, matériellement et moralement, cette longue formation. Dans une équipe, fût-elle médicale, la solidarité ne doit pas être un vain mot.

Nous avons déjà envisagé plusieurs mesures destinées à rendre les stages plus formateurs et plus attrayants. Certaines d'entre elles entreront en vigueur au plus tôt : participation active à des séances spéciales de polyclinique organisées après les consultations ; réunions didactiques, où seront discutés les cas du service et les questions d'actualité.

Malheureusement, le moment arrivera bien vite où nous aurons tiré parti au maximum des installations existantes. Le département de médecine interne de l'hôpital Saint-Pierre a été gravement sinistré durant la guerre. La Commission d'Assistance publique, dont je me plais à saluer ici le Président, a déjà engagé des dépenses importantes pour nous héberger dans des locaux d'emprunt. Mais nos salles et nos anciens laboratoires sont toujours en ruine. Aussi est-ce avec un véritable réconfort que mon collègue M. Hoet et moi-même avons pris connaissance des plans établis à l'initiative de la Commission d'Assistance publique en vue de l'érection d'une

nouvelle clinique médicale qui s'édifiera bientôt, espérons-le, sur les ruines de l'ancienne : 120 lits, répartis en salles de 4 lits et en de nombreuses chambres d'isolement, tous les raffinements de l'architecture hospitalière moderne, voilà l'assurance que la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Pierre ne restera pas éternellement la « Cendrillon » de la Faculté de Médecine.

Monsieur le Président de la Commission d'Assistance publique, ayant été parmi les premiers à reprendre mon enseignement à l'hôpital Saint-Pierre en 1946, après sa remise à la disposition de l'Université, j'ai pu suivre de près les importants travaux de restauration rendus nécessaires après une longue occupation militaire. Les autorités louvanistes se sont imposé un effort auquel je tiens à rendre hommage, au nom de mon collègue et au mien. Nous connaissons aussi les lourdes charges financières, de l'ordre de plusieurs millions par an, que représente pour l'Assistance Publique de Louvain la gestion d'un hôpital universitaire qui n'héberge que 9 % de malades louvanistes. La simple équité nous force à reconnaître que nous sommes vos obligés, et ceci nous met dans une situation délicate lorsqu'au nom des nécessités de l'enseignement nous vous demandons une nouvelle extension des services cliniques. Il s'agit d'un problème grave, puisqu'il y va de la formation professionnelle des futures générations médicales, qui auront à soigner des malades du pays tout entier. C'est pourquoi nous espérons fermement qu'un arrangement très général arrivera à se faire, qui tiendra compte de tous les légitimes intérêts en présence.

Un état-major médical important, un nombre considérable de lits ne suffisent pas à assurer le bon fonctionnement d'une clinique médicale ; il faut que les malades y trouvent un personnel infirmier dévoué et compétent. Il m'est agréable de saisir ici l'occasion d'exprimer mon admiration aux Sœurs Augustines Hospitalières qui, depuis le XV^e siècle, consacrent leur vie aux malades de Louvain. Toujours sur la brèche, semblant ignorer la fatigue malgré un labeur de jour et de nuit, acceptant leur devoir avec un dévouement et une simplicité évangéliques, nos Sœurs Hospitalières sont pour nous un exemple édifiant de tous les jours. L'extension projetée des

cliniques risque d'alourdir encore leur tâche écrasante. L'Assistance Publique et la direction de l'Ecole d'Infirmières en tiendront compte, je l'espère, quand il s'agira de leur fournir en nombre suffisant les auxiliaires laïques dont elles auront besoin.

En présence des difficultés matérielles auxquelles nous avons à faire face, il est réconfortant de sentir parmi nos assistants et nos stagiaires un grand désir de travailler et d'apprendre. Le contact quotidien avec leurs jeunes enthousiasmes m'aidera, je l'espère, à me montrer dans la tâche qui m'incombe, digne de mes maîtres et de mes prédécesseurs.

A vous tous, étudiants des doctorats en médecine, je vous promets de m'attacher de toutes mes forces à faire de vous de bons médecins, dignes de leur vieille mais glorieuse Alma Mater. Vous me seconderez en me prouvant que mes efforts n'auront pas été inutiles et en me donnant la joie d'être témoin de vos succès.

P. LAMBIN.
