

LIMITES HUMAINES ET MÉDICALES DE LA RÉANIMATION MODERNE

B. CONSTANTIN

Un paysan chinois, il y a quelques millénaires, prenait une peine extrême à irriguer une rizière. Un savant vient à passer et devant le piètre résultat, tente alors de lui expliquer le puit à chaînes. Le paysan lui répond alors : « *Celui qui exécute machinalement ses affaires se fait un cœur de machine. Ce n'est pas que j'ignore ces choses, mais j'aurais honte de m'en servir.* »

HEISENBERG, qui raconte cette histoire, ajoute : « *Qui de nous ne sent que cette très vieille histoire ne contient une part considérable de vérité dans notre monde moderne.* »

**

En abordant ce soir le sujet de cette conférence, je ne cacherai pas mon inquiétude car il en est des réflexions que peut inspirer la Réanimation, comme il en est du puit à chaînes de ce paysan.

La Réanimation apaise, mais elle révolte.

Elle rassure, mais elle fait peur, à vous d'ailleurs, comme à nous, médecins, parce que tout le problème se localise, tragiquement, entre la vie et la mort et le poète ne pense-t-il pas que : « *Personne ne nous attend sur le dernier rivage où rien n'est prêt.* »

Or, savons-nous ce qu'est la vie ? Connaissions-nous la nature de la mort ?

« *Comment pourrais-tu connaître la mort quand tu ne connais même pas la vie.* »

Et pourtant la mort signifie bien la fin de la vie. (Et même, cela est-il tellement certain ?).

Un poète s'est révolté de tout temps contre la Médecine, contre notre place de médecin au seuil de la mort. Et pourtant, il nous a laissés de merveilleuses paroles d'apaisement :

« *Si vous gravissez vers le soir une haute montagne, vous voyez diminuer peu à peu, se perdre dans l'ombre envahissante de la vallée, les arbres, les maisons, le clochers, les prés, les vergers, la route et la rizière même. Mais les petits points lumineux que l'on trouve au fond des plus obscures nuits, dans les lieux habités par les hommes, ne s'affaibliront pas à mesure que vous vous élèverez, au contraire.* »

Si vous me le permettez, ce sont ces paroles d'espoir que nous conserverons en exergue devant les tentatives d'abandon auxquelles nous pourrions parfois être amenés.

**

Qu'est-ce que la Réanimation ? Est-ce une technique ? Un art ? Une science ? Non, c'est une lutte, une lutte opiniâtre pour la vie d'un homme, d'une femme, d'un enfant. C'est une lutte, et pour cette lutte, tous les arguments, sont bons, à condition qu'ils gagnent.

La Réanimation est de toujours. Elle est de toutes les bonnes volontés et en elle peut résider l'espoir suprême de l'homme devant le drame de la mort qui le guette.

Tout le monde peut faire de la réanimation, aussi bien un simple particulier, un médecin ou un spécialiste. Ce qui sous-entend, qu'il faut surtout y voir une attitude thérapeutique de secours, de sauvetage d'un homme par un autre homme. Il s'agit d'un geste individuel qui engage la vie même : celle du malade, de l'intoxiqué, du blessé de la route, de l'accidenté du travail.

Ainsi, dans le contexte de notre médecine contemporaine, la Réanimation n'apparaît pas, à priori, comme une entité médicale ou chirurgicale puisque dans un cas comme dans l'autre, tout individu peut voir sa vie, gravement compromise, quelle que soit l'origine de la défaillance. La Réanimation apparaît surtout comme la concentration d'une force, comme un ensemble technique peut-être nouveau, mais surtout caractérisé par le maximum d'efficacité thérapeutique aux frontières même de la vie et la mort.

L'intensité du problème n'a éclaté que depuis quelques années. Est-ce à dire qu'auparavant, cette attitude de sauvetage n'était pas pratiquée ? Loin de nous certes, cette pensée mais les moyens d'efficacité, n'ayant pas atteint leur ampleur actuelle, se voyaient réduits à une rentabilité bien moindre.

Déjà, en son temps, HIPPOCRATE dont on connaît le sens médical profondément humain, avait décrit l'action du bouche à bouche pour réinsuffler le souffle vital. Déjà, à la fin du Moyen Age, l'idée de transfusion faisait son apparition et les hommes de l'époque ne sont pas plus responsables de l'échec (par ignorance des groupes sanguins), que nous ne le sommes de nos jours avec certains mystères bio-neurologiques. Déjà, le baron LARREY pratiquait une action préventive du choc opératoire lorsqu'il plaçait, dans la neige de Russie les membres à amputer des grognards napoléoniens.

De nos jours, on parle de réanimation, et pourtant le mot n'existe dans le Littré que sous le vocable de « ranimation ». Redonner le souffle vital, empêcher qu'il n'échappe à notre action. Mais peu importe l'éthymologie. Le mot, la chose existe.

Tous les médecins réanimateurs du monde convergent aujourd'hui vers une prise de position pour une action rapide qui n'autorise aucun essaimage de la responsabilité. Le programme est vaste et il peut paraître effrayant de croire en une telle puissance. Voulez-vous en juger avec quelques exemples qui marqueront votre imagination et vous feront toucher du doigt la définition même du malade grave, du blessé agonisant ou de tous ceux qui relèvent de la réanimation.

Prenons successivement plusieurs cas.

Et pour douloureux qu'il soit encore en notre mémoire, rappelons la funeste catastrophe du Président KENNEDY. Quelques minutes à peine après la catastrophe, le Président KENNEDY entra au Parkland Memorial's Hospital de Dallas. Le Docteur CARRICO, résident en chirurgie, les Professeurs BAXICR et CLARK, chirurgiens, le Professeur JENKINS, anesthésiologiste et leurs assistants ont œuvré pendant 30 minutes, pour tenter de redonner le souffle respiratoire et relancer l'efficacité cardiaque. La réanimation s'est révélée inefficace parce que les lésions cérébrales étaient irréparables.

Réalisons qu'en moins de 10 minutes, les gestes suivants furent effectués : intubation trachéale rapide suivie d'une trachéotomie et de la mise sous respirateur. Dénudation veineuse, transfusion et perfusions. Mise en place de drains intra-thoraciques destinés à soulager les lésions du médiastin. Massage cardiaque enfin.

Dans le décès qui a si douloureusement frappé le monde, retenons un effort humain vis-à-vis d'actes qui engagent d'emblée, nous l'avons dit, la vie d'un homme, qu'il soit un grand homme ou qu'il soit ce malheureux blessé que nous avons croisé hier sur notre route.

N'oublions pas la terrible catastrophe d'Agadir au Maroc et des ensevelis vivants sous les décombres de leurs maisons, de leur foyer, de tout le cadre habituel de leur vie. Les secours vont les dégager, mais les toxines emmagasinées dans l'organisme seront remises en circulation par la liberté retrouvée et iront alors bloquer les organes d'épuration. Ce sera la lente intoxication irréversible. L'organisme périra-t-il des produits de sa propre vie ?

Une chaîne médicale de réanimation s'est immédiatement mise en route avec le pont aérien du rein artificiel de Montpellier qui a fonctionné nuit et jour à Casablanca sous la direction du Professeur MIROUZE.

Soulignons des faits qui, pour moins spectaculaires, n'en sont pas moins pour autant profondément humains ; voici une vieille femme de 75 ans, touchée par un infarctus myocardé et qui se meurt par défaut de circulation. Des médecins joignent leurs efforts ; par des perfusions, par des surveillances électroniques complexes, ils vont lui rendre peu à peu la vie.

Mais voici une enfant de 18 ans ; avec un vrai chagrin à l'âge de transition de l'adolescence à l'âge adulte, elle absorbe un toxique et accueillera le coma avec angoisse et résignation. Quelques heures de soins intensifs et tout reviendra à sa juste place, avec le soleil de la jeunesse. Ces quelques heures auraient pu être dramatiques.

Voilà pourquoi la Réanimation se définit d'elle-même comme une chaîne humaine moderne de la science médicale. Elle implique des actes objectifs qui doivent écarter le danger par une rapidité d'action et une exactitude thérapeutique sans faille.

« Nous devons aller au-delà du possible, au-delà de tout espoir, au-delà de toutes les lois sociales, au-delà de tout sentiment ».

Combien de médecins réanimateurs n'ont pas ressenti cette douloureuse vérité exprimée par le Professeur MOLARET.

La sombre appréhension de l'humanité devant le sort qui l'attend demain, face aux radiations et aux mutations, et l'angoisse croissante de l'homme devant sa propre disparition, voici deux problèmes que nous voulons séparer parce que, en tant que thérapeute, nous ne pouvons que laisser à d'autres les devoirs sociaux de la valeur humaine.

La mort en effet, c'est une révolte pour le médecin. La difficulté de comprendre le phénomène « mort », c'est une constatation dont le sens biologique ou physiologique échappe ; à l'instant « t », par exemple, le cœur bat, mal peut-être, mais il bat. A l'instant « t' », il ne bat plus, la mort a commencé. Et pourtant les conditions biologiques sont superposables entre t et t', et l'on ne peut pas comprendre. L'instant même de la mort nous échappe.

Pour le médecin, il y a plus : Le grabataire, devant sa propre mort, c'est un sentiment d'infini qui le révolte ou qui l'apaise. Mais le médecin reste impuissant à le comprendre, reste inutile devant cette conception inconsciente d'un au-delà inconnu.

On a dit alors que la science assiste indifférente à cet objet, puisque l'acide desoxyribonucléique de la génétique continue. De fait, oui et non. L'avancement de la science recule la mort, mais elle ne la supprime pas ; et ses propres soucis rejoignent davantage les problèmes biologiques, pour moins s'attacher à définir cette angoisse individuelle de la disparition.

Révolte du médecin, avons-nous dit, et pourtant le médecin n'est-il pas l'homme le mieux placé, puisque, avec de telles assises scientifiques, il cotoie en même temps les régions désertiques de ces frontières affectives qu'il ne connaît pas.

Mais le substrat en question n'est pas littéraire, car que sait-il de la vie, que sait-il de sa défaillance, que peut-il faire aux limites du possible ? Dès lors que ces questions lui sont posées, ou va-t-il ?

Essayons tout d'abord de nous représenter ce mécanisme si complexe de la vie.

Pour se maintenir en vie et s'opposer aux facteurs de perturbation, l'organisme met en œuvre toutes ses forces vives. Il agit par ses propres moyens habituels ou par des moyens exceptionnels de défense, palliant ainsi une insuffisance fonctionnelle, car pour la société tissulaire, tout concourt au maintien de cette constance indispensable à la vie cellulaire.

Outre certains facteurs physico-chimiques indispensables, il existe certaines variations qui sont le résultat d'une adaptation par mécanismes nerveux ou humoraux. Tout se passe comme si les détecteurs périphériques informaient un organe de commande, de l'existence, quelque part dans l'organisme, d'un écart vis-à-vis d'une constante physiologique. Ce centre régulateur prend alors les mesures nécessaires pour redresser cet écart, ou en pallier les conséquences : c'est un véritable pouvoir exécutif.

Au cours de ce redressement, la constante primitivement perturbée ne rejoint pas sa valeur basale de façon instantanée. Par conséquent, des mes-

sages successifs informeront les centres, de cette évolution favorable. D'où la diminution dans l'intensité des effets redresseurs. Cette faculté de rétroaction correspond à l'effet majeur de l'auto-régulation à laquelle nous sommes soumis. On retrouvera les mêmes principes avec la direction assistée sur une voiture ou avec le thermostat de tout système chauffant élémentaire.

Donc, le phénomène « Vie » résulte d'un perpétuel mouvement oscillatoire. Deux limites lui sont imposées. Il est indispensable en effet, d'une part que la régulation biologique soit en état de fonctionnement pour faire face aux facteurs de perturbation, d'autre part que les effets des perturbations ne dépassent pas un certain seuil qui ne pourrait rapidement conduire à l'élimination totale.

Il existe donc toute une organisation au service d'une activité centrifuge. Et ce sera à l'étage supérieur de l'intégration cérébrale de coordonner l'harmonie. Un pas de plus, et cette intégration franchit le domaine du physique pour donner à l'homme une âme, degré suprême de sa suprématie philogénétique. Et sur ce point, le « grand livre » reste et restera ouvert bien au-delà de la Réanimation.

Nous avons vu, il y a un instant, que la réanimation s'est définie sur le plan moral comme un acte de responsabilité humaine et, à ce titre, nous avons vu que l'urgence vitale appelle sa présence. Les bases impérieuses du traitement s'appuient sur deux disciplines médicales intimement liées. La Clinique et la Physiologie.

La Clinique correspond en effet à un ensemble médical complexe qui, associant les symptômes les uns aux autres, appelle un diagnostic, c'est-à-dire, un cheminement dans le raisonnement, conduisant à une synthèse analytique. C'est à l'établissement de ce diagnostic que concourent, non seulement les études médicales proprement dites, mais encore la longue et dure expérience quotidienne qui s'enrichit de la difficulté éprouvée, du succès acquis mais aussi, malheureusement, de l'échec ressenti.

Et puisque la Réanimation correspond à un ensemble médical d'actes, elle se doit donc d'être clinique. A ce titre, le meilleur diagnostic sera aussi celui fondé sur la meilleure expérience. Mais ici, il y a plus. Il y a l'existence d'un

enchaînement de fonctions vitales les unes aux autres, enchaînement qui entre en ligne de compte, car ce quorum vital dont nous sommes faits, peut tragiquement devenir dysharmonieux, en sorte que la défaillance d'une fonction va retentir sur la fonction voisine et ainsi de suite. Ces répercussions en chaîne créeront les grands déséquilibres au sein desquels il va falloir dissocier la part qui relève de la défaillance primitive de celles qui en sont les conséquences.

De ces faits, il résulte que le traitement vise, dans l'immédiat, non pas à s'attaquer à la cause même de la maladie, mais à éviter ces répercussions successives, c'est-à-dire, à couper la chaîne dysharmonieuse là où la discordance est la plus grave. Et dans ce domaine, il existe des fonctions essentielles qui, globales sont parmi les premières à protéger, voir à remplacer partiellement ou temporairement. Il ne s'agit pas de les soigner, au sens hippocratique du terme — elles ne sont qu'indirectement touchées — il s'agit de maintenir leur place fondamentale.

Ceci implique une application scrupuleuse des connaissances de l'homme sain, et à ce titre, la Réanimation entre bien dans le cadre d'une « physiologie appliquée à la clinique ».

..

Trois domaines méritent qu'on s'y arrête un instant. Il s'agit de la réanimation respiratoire, cardio-circulatoire et métabolique.

Voyons tout d'abord la réanimation respiratoire.

On sait que les poumons sont chargés d'apporter à l'organisme de l'oxygène et d'en chasser le gaz carbonique. Dans cette fonction, la mécanique respiratoire correspond à l'ensemble des mouvements musculaires de la cage thoracique qui permettent l'entrée ou la sortie d'une colonne de gaz. Les unités fonctionnelles que sont les alvéoles peuvent ainsi entrer en relation avec l'air ambiant. Ces différents mouvements sont tributaires d'un mécanisme dont la commande nerveuse est située au niveau du bulbe et dont les nerfs sont issus de la moelle.

On peut donc schématiser deux sortes de défaillance :

*a) SOIT UNE DEFAILLANCE AU
NIVEAU DE LA MECANIQUE
RESPIRATOIRE*

— Ce seront les traumatismes qui auront bouleversé l'architecture endothoracique, comme les plaies thoraciques, les corps étrangers des voies aériennes ou les obstructions bronchiques.

— Ce seront les maladies du poumon ou de la plèvre qui seront responsables d'une gêne grave, d'une privation de la circulation de l'air ou des libres échanges.

— Ce seront aussi les répercussions secondaires d'affections non pulmonaires comme l'insuffisance cardiaque, par exemple.

*b) SOIT D'UNE DEFAILLANCE AU
NIVEAU DE L'AUTOMATISME QUI
REGLE LE JEU DES MOUVEMENTS*

— Ce seront les paralysies des nerfs qui n'assurent plus cette commande. Alors les muscles se contractent de moins en moins et la défaillance pulmonaire ne tarde pas à devenir de plus en plus dramatique. La poliomyélite en est un exemple, encore très fréquent.

— Ce seront les maladies touchant directement les centres qui assurent la commande cinétique. Tout est intact à la périphérie, mais l'énergie initiale qui en assure la bonne marche, est défaillante. Imaginons une automobile sans essence, un électrophone sans électricité.

C'est dans ce groupe que se rencontrent les affections les plus diverses, qu'il s'agisse de maladies propres aux centres nerveux comme certaines maladies virales chez les enfants, certaines intoxications graves, ou qu'il s'agisse de maladies complètement étrangères au système nerveux : affections hépatiques, rénales par exemple. Mais il y a plus ; toute défaillance cardio-circulatoire retentit d'abord sur le cerveau, parce que l'oxygène transporté par le sang ne lui parvient plus. Or, les centres nerveux sont les premiers à souffrir car ils ne supportent aucune dette d'oxygène.

Dans l'immédiat donc, et placé devant l'urgence nécessaire absolue, nous devons adopter une attitude de remplacement mécanique, et nous choisirons

les moyens susceptibles d'envoyer un certain mélange gazeux et de venir chercher le mélange expiré. Ceci implique un certain nombre de coordonnées à déterminer : volumes, pressions, fréquence, rapports de temps, etc... dans l'adaptation de cette machine de remplacement.

Ceci implique une surveillance appropriée des résultats obtenus, grâce à l'examen clinique, aux examens biologiques, aux répercussions lointaines de cette ventilation artificielle qu'il faut adapter à chaque malade.

— Quels sont les moyens dont nous disposons :

Tout d'abord, le plus simple, celui de l'urgence dans le dénuement le plus absolu : Le bouche à bouche où le souffle expiré du secouriste vient gonfler les poumons de l'asphyxié, ce bouche à bouche que vous devez connaître, car il peut sauver et votre souffle sera peut-être la résurrection du blessé ou de l'enfant intoxiqué. Et tous les médecins réanimateurs sont à votre disposition pour vous l'apprendre. Un jour, vous aussi, vous sauverez une vie humaine.

Après votre geste, en viendront d'autres, avec des appareils, les uns simples, les autres complexes et la chaîne de réanimation deviendra totale et efficace. Ces appareils sont utilisés par centaines dans le monde, à l'hôpital, dans l'ambulance, dans l'avion. Il n'existe plus d'obstacles à leur utilisation.

Si certains cas sont encore présents en votre mémoire, voici une autre observation recueillie par un confrère réanimateur en France :

Partant en vacances, ce confrère assiste à une collision automobile d'une grande violence. Il donne sur place les premiers soins. Qu'est-ce à dire ? L'un des chauffeurs ne respire plus. Il est en état de mort apparente. Ce médecin n'attend pas une seconde, et plaçant le blessé à même la terre, il commence son bouche à bouche. Très rapidement, il apprend à sa jeune femme comment le pratiquer avec efficacité, et il se porte alors au niveau du thorax et pratique le message cardiaque à thorax fermé.

Mais la fatigue vient ; tour à tour, avec les automobilistes de passage, une véritable chaîne d'apprentissage, en même temps que de sauvetage, se crée :

chaque secouriste bénévole apprend puis enseigne à son voisin la méthode. Voici quelques automobilistes qui, demain, pourront peut-être sauver.

Beaucoup d'efforts, de bonne volonté ont été dépensés au cours de ce matin d'été en France ; malheureusement, on l'apprit plus tard, le blessé présentait des lésions irréparables.

Mais voici une autre histoire : ceci s'est passé, il y a peu de temps. Avec un état désespéré, une jeune malade arrive dans un hôpital, puis elle s'arrête de respirer et très rapidement son cœur défaille. L'intervention énergique et rapide d'une très jeune infirmière spécialisée lui sauve la vie et aujourd'hui, cette jeune fille est guérie.

Or, cette infirmière, comme des centaines d'autres, a appris puis exécuté au fil des jours combien de gestes de sauvetages qui se sont révélés inutiles. Si peu ont réussi, laissant la place au découragement. Il a suffi d'une fois, de cette fois, et c'est tout l'espoir qui revient. Ce sentiment est toujours nécessaire pour ne pas abandonner.

La réanimation cardio-circulatoire, maintenant.

L'organisme humain est organisé de la même façon qu'une cité moderne. Les différents rouages sont tributaires des relations, des circulations existant entre eux. Ils en sont étroitement solidaires. Que cette circulation vienne à faillir, et c'est tout un enchaînement de désordres qui aboutissent à la paralysie de cette cité. Dans l'organisme humain, la circulation du sang assure des fonctions superposables : apporter aux tissus les éléments nécessaires à la vie, en retirer les déchets nuisibles, diriger les uns et les autres vers les organes spécialisés pour les transformations spécifiques.

Le sang est ce véhicule si précieux. De l'oxygène fixé sur les globules rouges, aux protéines du plasma, le sang est un tissu riche et fragile chargé par conséquent du ravitaillement de tous les organes. Amené au cœur par le réseau veineux, il est alors pulsé par la pompe cardiaque qui le pousse dans le réseau artériel. De là, il se propage à la périphérie, dans des capillaires très fins, au contact même des tissus.

Qu'il advienne un accident sur l'un des points de ce réseau (le sang, le cœur, les vaisseaux) et tous les tissus vont pâtir de cette défaillance.

I. LE SANG TOUT D'ABORD

Il peut faire défaut en quantité ou en qualité.

En quantité, dans la grande hémorragie par exemple où la spoliation va mettre d'emblée tout le réseau en danger. La transfusion, ce geste si émouvant de sauvetage humain, a vu le jour il n'y a que quelques dizaines d'années, mais de nos jours, elle est devenue un geste fréquent d'une utilité incontestable.

Le sang peut aussi faire défaut en qualité.

— soit qu'il soit rendu toxique par une maladie ou un accident et dans ce cas, il véhicule des poisons à travers tout l'organisme. Il n'est qu'une ressource, celle de le remplacer, c'est l'ex-sanguino-transfusion, ou de l'épurer, c'est l'hémodialyse.

— soit qu'il soit défaillant dans certaines de ses fonctions — oxygénation, coagulation par exemple. Cette défaillance relève tantôt d'une affection qui lui est propre, tantôt de la répercussion qu'il subit d'autres affections. Là encore, il faut pallier la décompensation par l'apport spécifique de telle ou telle fraction qui est absente ou déficiente. Ce sera la transfusion de fractions du sang.

Voici une observation :

Au cours d'une rixe dans un port, un matelot doit lutter contre son adversaire armé d'un couteau à cran d'arrêt ; une garde mal assurée et le geste meurtrier lui ouvre une carotide. La fuite du meurtrier n'empêche pas un des compagnons de la victime de placer son doigt au niveau du cou entre le cœur et la plate. 30 minutes après, le blessé est admis à l'hôpital où sous couvert de larges transfusions associées à une réanimation circulatoire très active, une suture de la plaie artérielle est entreprise aussitôt par le chirurgien.

Combien d'accidents de la route, du travail, combien de malades plongés dans l'anémie dramatique ne sont pas tributaires de ce sang, de cette transfusion ? Il suffit de lire certains chiffres

pour imposer ce devoir fondamental et essentiel à notre société, de ce que, le don du sang n'est pas un acte d'héroïsme, n'est pas une action d'éclat mais simplement, en toute humilité, un devoir d'un homme vis-à-vis d'un autre homme.

II. LE CŒUR

La circulation du sang dans les artères est tributaire de la pompe cardiaque. Si son fonctionnement est défaillant, c'est l'arrêt de la circulation. C'est l'absence d'oxygène ou de glucose au niveau du cerveau, des reins, du foie, des membres. C'est l'asphyxie et la mort rapide, avec ce diagnostic si tragique : l'arrêt du cœur ou son inefficacité.

Le cœur peut en effet être inefficace de plusieurs façons :

— Fibriller, c'est-à-dire être animé de mouvements de trémulation très rapide, mais qui n'entraîne pas la circulation du sang.

— L'arrêt proprement dit : le cœur reste contracté sur lui-même ou au contraire, se laisse distendre par le sang veineux qui s'accumule et qui n'est plus chassé par la contraction..

La réanimation moderne est venue au secours de ces accidents dramatiques : de secours d'urgence d'abord avec le massage cardiaque à thorax fermé qui sauve aujourd'hui, sur le bord même des routes, des vies gravement et immédiatement menacées.

En milieu spécialisé, il s'agira de médicaments énergiques, de massage du cœur après ouverture du thorax, de l'utilisation d'appareils de relance électrique, défibrillateurs et entraîneurs électro-systoliques au moment de la syncope ou déjà incorporés à l'organisme.

III LES VAISSEaux

Le sang pulsé par le cœur occupe les vaisseaux artériels qui possèdent une structure élastique, ce qui permet des débits variables. Ceci permet en particulier de comprendre que les territoires sont irrigués différemment en fonctions des circonstances physiologiques de la vie.

Là aussi peut survenir la défaillance : Ce sera le collapsus ou syncope des vaisseaux en quelque sorte, qui manquent brutalement de force et se laissent dilater. Le cœur se désamorce et risque de pomper à vide si des médicaments puissants ne viennent pas rapidement remédier à cet état de choses.

Mais la défaillance peut prendre aussi une tournure plus insidieuse, plus lente à créer l'irréparable. Le choc est la conséquence de cette souffrance prolongée. Pendant longtemps, les vaisseaux résistent, puis progressivement, insidieusement, ils abandonnent la lutte et se laissent dilater. Un sang vicié et privé d'oxygène stagne dans certains territoires, au détriment des autres. Plusieurs techniques de réanimation moderne tentent de sauver cette situation dramatique.

Voyons maintenant, très schématiquement, le troisième problème, celui de la réanimation métabolique.

Ce vocable barbare sous-entend l'intense activité de la vie biochimique, vie biochimique commune à tous les être vivants, qu'il soit du règne végétal ou animal. Et c'est d'ailleurs bien ce que biochimie signifie : Chimie biologique, chimie de tout ce qui est vivant.

Prenons l'énergie, l'une des formes les plus extraordinaires de la vie terrestre. La transformation d'une molécule de sucre en énergie cinétique, calorique, lumineuse, nécessite chez l'homme, chez les mammifères, l'intervention enzymatique délicate de multiples chaînons pour aboutir à nos multiples actions journalières.

Or, il est évident qu'au cours de la maladie, ces chaînes biochimiques peuvent être perturbées, encore une fois qu'il s'agisse de la maladie elle-même ou de ses conséquences. La réanimation métabolique englobe tous ces problèmes et combien d'autres encore obscurs à notre science du XX^e siècle.

Sur le plan pratique, quelle forme prendra cette réanimation métabolique ? Une forme médicamenteuse, obscure souvent, de tous les jours, de celle qui ne se remarque pas, comme la diététique à moins qu'il ne s'agisse d'une forme plus importante, comme le rein artificiel.

En matière de diététique, l'alimentation artificielle peut être diges'ive. Par une sonde gastrique, on fait absorber un mélange mixé de lait, œufs, fromages, viande, poisson, légumes, etc... Par voie endo-veineuse, il faut apporter au sang des éléments purs ayant déjà subi des transformations préalables : glucose, amino-acides, lipides, vitamines, etc... Ces différents mélanges sont dosés, mesurés et convertis, en litres d'eau, calories d'énergie, grammes d'azote, milli-équivalents d'ions, etc... Et dominant tous ces savants calculs, l'appréciation clinique qui reste le test fidèle de l'équilibre ainsi entretenu.

Autre réanimation métabolique: le rein artificiel. Le sang est prélevé de l'organisme et dirigé par une pompe dans un système épurateur puis réintégré dans le courant veineux général. Pendant des heures, la machine poursuit son va et vient. A chaque passage, le toxique est peu à peu éliminé.

Il y a bien sûr ... tout le reste et l'on ne saurait nous garder rancune de ne pas pousser plus avant cette analyse technique.

**

Doit-il se dégager, de ces quelques notions techniques et très généralisées, la pensée de ce que d'ingénieurs machinistes détiennent seuls, de par le monde, le secret, l'art ou la science d'une survie matérielle ... machinistes, ... uniquement préoccupés de leurs machines à faire vivre ?

Qui sont-ils ces soi-disant machinistes ?

Il faut se convaincre — et les contacts humains l'ont prouvé ... à maintes reprises, et surtout à l'heure de minuit qui sonne encore douloureusement dans le cœur de certains — que derrière les techniciens d'une machinerie qui est inconnue, derrière leur science, derrière l'appareil qui fait peur, il y a des hommes, il y a des femmes qui ne sont que des hommes, qui ne sont que des femmes, à sentir, à pouvoir souffrir, qui peuvent aimer, au même titre que d'autres hommes, d'autres femmes, et peut-être même un petit peu plus que les autres. Derrière le blindage des racks électroniques, il y a leur âme, et derrière le masque qui les protège, il y a leurs faiblesses, l'hésitation ou la lassitude.

Devant eux se dresse le mur implacable du dénuement affectif, de la solitude volontaire. On a cru voir chez ces médecins réanimateurs, des êtres mécanisés sans âme et sans cœur. Derrière la question fondamentale, qui doit se soucier, en réalité, des prolongements intérieurs qui les préoccupent ?

Pour satisfaire la signification réellement humaine de la lutte, c'est d'abord satisfaire aux exigences de l'analyse objective et scrupuleuse. C'est chaque soir prélever les observations, ce sont les annotations pour demain, aider à mieux soulager.

Transcrire sur un élément cartographique mécanisé est implacable, et pourtant, il serait si facile de ne pas vouloir se souvenir, il serait si facile de ne plus voir certains visages avec leur cernes et leur pâleur.

Parfois, on reproche à ce type d'action de devenir une science biologique ou électronique sans véritable médecine. Le malade devient un « cas », est numéroté comme tel et l'intérêt qu'on lui porte est fonction de l'attrait qu'il suggère. Parfois, il peut en apparaître ainsi parce que la médecine hospitalière n'a pas toujours la chaleur et l'intimité du cabinet de consultation que l'on connaît, que l'on apprécie justement pour le contact humain direct. Bien sûr.

Il faut cependant se représenter la médecine hospitalière comme une médecine de dernière responsabilité, disons technique, ce qui n'enlève rien à la possibilité de ce contact humain. Disons simplement que ce contact est sans doute moins proche parfois, ou moins palpable en tout cas.

Sur le plan réanimation, la chose est accentuée, au point qu'elle peut impressionner et reléguer en un arrière plan bien dissimulé, tout caractère humain.

Mais en réalité, il n'en est rien et il suffit pour s'en convaincre de suivre pas à pas un de ces fameux « cas » qui s'aggrave et pour lequel, au fil des heures tragiques, l'espoir s'estompe. Chez les proches, nous assistons à l'installation progressive de l'amertume, de l'indifférence, parfois de la haine. Et le malade s'enfonce davantage dans la survie artificielle. Personne ne doit se soucier de ceux qui estiment avoir la charge de poursuivre. Ils doivent tenter de gagner encore quelques heures, et convaincre confrères, parents, amis

ou ennemis que le sens de la lutte dépasse cette lente et horrible agonie et ses prolongements.

Bien plus, ils sont taxés d'expérimentateurs et on a crié au scandale, on a vilipendé cette recherche par un bouche à oreille diffamant. Parlons-en et n'en cachons pas la vérité. Voici deux observations, d'actualité peut-on dire :

C'est un monsieur bien vieilli par une maladie chronique qui le cloue au lit, dans la section des chroniques, là où il s'éteindra demain, sans que l'on puisse rien faire avec la pharmacopée actuelle.

Un merveilleux appareil, tout neuf, doit être installé et de son fonctionnement rationnel, dépendent demain des vies à sauvegarder. Mais il faut mettre en route la machine, il faut rôder l'équipe, il faut vérifier tous les joints, et pendant le fonctionnement, tous les facteurs possibles de variations, qu'ils soient matériels ou biologiques. Or, il faut tout prévoir.

Ce malade est justiciable en notre pensée de la tentative. Sans cette machine, le pronostic est certain à 100 p. 100. Avec la machine, le pronostic reste malheureusement aussi certain à 90 p. 100 et à condition encore que tout marche bien.

Alors ?

Alors, nous avons essayé et l'homme et la machine. La machine a bien marché et l'adaptation ultérieure a pu être modelée sur les renseignements ainsi acquis. L'homme est mort 10 jours après du pronostic prévisible.

Sommes-nous coupables ou non, puisque cette machine, si elle n'a pas sauvé ce malade, ne l'a pas tué et par contre, en a, depuis, sauvé bien d'autres. Sommes-nous coupables d'avoir « espéré » pour le malade, ne serait-ce qu'à 10 p. 100.

Voici une deuxième observation :

Monique a 8 ans. Elle est sous respirateur et sa vie dépend de l'appareil. Une maman de 32 ans, mère de 5 enfants vit aussi avec un 2ème respirateur. Jean a 12 ans. Il entre à l'hôpital. Lui aussi, au même titre qu'elles, a besoin pour vivre de l'un de ces deux appareils. Il n'est pas question d'attendre des délais nécessaires à l'acheminement, même rapide d'un 3ème appareil. La solution au problème

doit être trouvée dans les heures qui viennent.

Lequel de ces deux enfants choisir ? Lequel de ces trois malades, auriez-vous condamné ? Aucun document médical ou technique ne peut résoudre ce problème à notre place.

Quatre heures après, les deux enfants respiraient avec un seul et même appareil, avec des constantes reliées électroniquement, dans un montage purement expérimental où le fer à souder trouvait sa place au même titre que le cœur à la tâche, ou que le cœur tout court.

A 17 heures, le branchement était mis en route, personne, autre que ceux de notre équipe, n'en croyait le fonctionnement possible. Dans cette petite chambre, transformée en laboratoire expérimental, il n'y avait pas de place pour la pitié. C'était la vie ou la mort. Et dans la nuit, qui descend sous la lumière tamisée, commence la lente veille autour des écrans et des spots lumineux.

Voilà la recherche expérimentale.

Des médecins sont venus voir. Non seulement ils ont accepté, mais encore ils ont souhaité que ce montage expérimental puisse tenir les heures nécessaires. Il y a ceux qui ne sont pas venus mais qui ont critiqué cette recherche expérimentale. En réalité, le silence parfois impressionnant des ronronnements mécaniques leur a manqué pour être gagné ou pour juger du cœur que nous y avons mis, tous.

La maman est morte 4 jours après. Jean est mort le 3ème jour. Monique est guérie. Elle a oublié son compagnon mais elle a retrouvé son sourire et ses petites poupées.

Des hommes expérimentent sur de l'acier, du plastique et du caoutchouc. N'avons-nous pas, pour notre part, le devoir en notre âme et conscience, de pratiquer cette recherche puisque nous savons que sans elle, c'est le néant de la mort ?

Où sont-ils donc ces cœurs de pierre et d'infamie que certains ont cru devoir dénoncer comme immoraux ? Que ceux qui leur en font grief, prennent donc

leur place... Mais nous n'aurons jamais le cœur suffisamment vide pour en être les spectateurs et les abandonner.

Comment donc concilier ce qui, à priori, paraît bien dissemblable : d'un côté un ensemble technique dont nous avons vu la complexité. D'un autre côté, un report psychologique ou affectif sur la signification qui donne à l'acte technique sa véritable valeur intrinsèque sur le plan humain.

Parce que l'espoir persiste, avec la machine qui fait vivre, parce que toutes nos forces se concentrent en sorte qu'à tout moment, dans cette terrible anxiété, il existe, permanente et infaillible (tel un dogme), cette unique pensée de sauvetage. Quel que soit son cortège d'impondérable, l'espoir domine.

••

Il faut donc continuer à attaquer notre anxiété d'aujourd'hui, celle que nous tous, médecins, nous sommes appelés à vivre, maintes heures chaque jour. Est-ce à dire que se pose l'orgueil devant la lutte perdue ? Peut-être, mais qui peut nous répondre ? Et la question persiste, au-delà du corps, au-delà de l'âme : où se situe la mort de l'homme ?

Voilà les limites humaines du médecin : égoïstes que nous sommes, nous ne pouvons que rejoindre l'angoisse en général du médecin devant l'homme qui va mourir, car

« Le médecin n'est pas le médecin des êtres vivants pas même le médecin du genre humain, mais bien le médecin de l'individu humain ».

A fortiori, au moment de la mort. Et pourtant, il ne peut rien, il ne comprend rien.

Oh, certes, par la mise en jeu d'un mécanisme social et scientifique, il faut admettre que ses connaissances lui en fournissent l'explication grossière. Mais il ne saurait, dans son for intérieur, en être intimement satisfait et surtout convaincu.

En admettant les limites actuelles de nos connaissances, peut-on considérer deux sortes de mort :

Une mort biologique et une mort... disons clinique.

En effet pour l'être unicellulaire, il n'est de mort que par dénaturaison protéique dans un milieu ambiant défavo-

nable ; il ne s'agit donc pas d'une frontière vie-mort, puisqu'il ne s'agit que de la manifestation de l'une des propriétés biochimiques des protéines. Et dans ce cas de vieillissement, la dégénérescence ou la multiplication des colonies bactériennes par exemple ne sont que des problèmes biologiques.

Pour des organismes multicellulaires mieux différenciés, l'organisation est telle que c'est par vieillissement qu'ils sont amenés à la mort par auto-suicide d'une différenciation tissulaire de plus en plus poussée.

Pour les organismes supérieurs, la mort biologique se situe au niveau cellulaire. Elle relève d'un arrêt au niveau de l'un des maillons biochimiques.

Et voilà pour la biologie. C'est peu pour satisfaire un clinicien.

Alors pour le clinicien, où se situe cette frontière ?

La mort clinique : établir l'instant de la mort clinique. Voilà la difficulté du médecin. Oh, certes, le « cas » facile de l'arrêt cardiaque et de la mydriase remontant à de longues minutes, est un drame à titre individuel mais notre présence médicale a bien peu de valeur.

Là ne réside pas le problème.

Le « cas » difficile est celui où le doute est permis, le cas où l'entretien de la vie par les méthodes de réanimation moderne est assuré sans que l'on sache si oui ou non ce malade est déjà mort.

« Que l'on se rassure, écrit MOL-LARET, la réponse, je n'ai nulle ambition de la formuler », et dans son travail de synthèse, il aboutit à quelques « approches » selon ses propres termes. Citons en deux :

« Il n'y a pas un quantum vital, mais un quorum vital », ce qui implique que si quelques organes fonctionnent encore, tous les autres ont déjà fait faillite. Or, nous savons qu'ils sont tous intimement dépendants les uns des autres.

« Il n'y a pas de superposition entre l'instant de la mort et l'instant de l'arrêt cardiaque » car l'exemple des comas dépassés est suffisamment à l'esprit de tous pour rendre insignifiants tous commentaires sur ces malheureux et « pitoyables robots ».

Mais la mort se résume-t-elle à de simples questions d'éthique médicale ou définitions biologiques ?

Non, car l'homme, capable de penser, capable de sentir, capable d'aimer, prend conscience de l'au-delà avec l'angoisse individuelle qu'appelle cet inconnu.

« *Qui ne les connaît et qui ne
« les refuse
« Ce crâne vide et ce rire éter-
« nel* ».

disait VALÉRY touché par cette angoisse individuelle de l'au-delà.

C'est toucher là les limites autorisées de la Réanimation et quelles sont-elles ? Elles ne sont que celles que nous pouvons fixer en notre âme et conscience, car ni maîtres, ni professeurs, ni autorité religieuse n'ont pu les établir :

« On se demande alors, si l'on doit poursuivre la tentative de réanimation, bien que l'âme ait peut-être déjà quitté le corps ». Sa Sainteté Pie XII nous a laissé ce lourd héritage en dressant notre conscience face à ce problème et sans le résoudre. Pourquoi cette abstention ? Parce que, même à l'aide de l'analyse la plus impartiale, personne ne peut répondre sur le sens objectif de l'au-delà. En effet :

Pour le philosophe, ce sera « le néant du destin », la révolte, la déroute, « l'oppression devant le danger ». Ce sera l'intense sentiment d'inachèvement, de la défaite pour l'âge.

Le chrétien accepte l'épreuve qui lui est infligée et voit dans ce châtement, ou dans ce départ — les deux expressions sont valables selon que l'on est croyant ou non — le chemin du retour vers Dieu — Témoin affectif mais prisonnier de notre seul rôle de médecin. Nous ne pouvons être qu'une présence humaine face à l'attitude calme et non craintive. La confiance inébranlable en Dieu et dans la rédemption impose notre respect.

Enfin, pour d'autres, ne serait-ce pas l'idée innée, spontanée, instinctive presque, d'une sorte de peur à ne pas pouvoir accomplir ce que l'on estime encore nécessaire, à travers soi-même ou à travers un être cher. Le refuge dans le culte des morts peut apaiser certains. Quant aux autres, ils ne peuvent que tendre vers l'intense symbole d'une pensée extra-individuelle pour rejoindre le sens même de l'humanité qui ... continue, mais sans eux.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas à juger ou à départager. Mais le médecin est présent à cette heure tragique, et

au-delà de ses prescriptions thérapeutiques, ne peut-il, ne doit-il pas élargir son devoir pour mieux comprendre, mieux soulager. Et le médecin réanimateur n'est-il pas de ceux-là justement qui côtoient le plus souvent ces domaines si tragiques ... en pensant à demain.

Demain, ... merveilleuse expression de l'espoir humain, source de joie devant Dieu ou devant les hommes. Demain, pour un médecin, c'est la porte ouverte aux réalisations inespérées, aux constructions d'avant-garde, aux applications actives et efficaces. Le visage du mort d'aujourd'hui vient en permanence se superposer à l'angoisse de cette lutte pour que demain, le grand vainqueur soit la vie.

Mais pour la Réanimation, aujourd'hui...

Aujourd'hui, la Réanimation paye ses lettres de noblesse envers la Société, comme dans l'ancien temps où seule la lutte en autorisait l'acquisition. Cette lutte est son caractère essentiel : nous l'avons vu dans le cadre technique, affectif ou psychologique, et nous manquerions à nos devoirs de ne pas la présenter dans son cadre social.

La Réanimation, jeune spécialité, se fait des ennemis farouches, partout où elle passe, partout où elle s'implante avec son intransigeance, avec sa volonté. Partout dans le monde, elle s'implante face aux incompréhensions, aux difficultés individuelles matérielles ou financières. Pourquoi pas ? parce que cette réanimation va trop vite, et veut franchir les obstacles, sans peut-être prendre le temps de les assimiler les uns après les autres. D'une petite place, au sein d'un groupement social, elle exige brutalement une place, efficace sinon première. Elle bouscule des préjugés, elle pose ses problèmes, elle renverse certaines barrières de l'immobilisme, qui représente son véritable ennemi. Tout le monde le sait et tout le monde s'en étonne.

Pourquoi cette intransigeance, alors que l'action en douceur, la conversion progressive par le raisonnement et l'exemple, l'auraient conduit à se faire accepter ... un jour. Pourquoi ? Parce que la réanimation a le dos au mur, et ne peut pas reculer. Reculer signifierait qu'elle n'est rien de plus qu'un égoïsme supplémentaire cherchant sa place au soleil de la société moderne, ce que certains croient encore. Le dos au mur

... oui. Dans les trente secondes qui vont suivre, un petit raccord de caoutchouc de 4 sous ne va pas s'adapter et il faudra l'improviser ; dans la minute qui vient, « on » regrette que l'infrastructure soit absente et dans les trois minutes, c'est la certitude de l'échec.

Echec de qui ? Echec de l'orgueil ? Echec de l'égoïsme ? Echec de ceux qui, traités de vauriens ou d'arrivistes — et nous restons polis — n'ont pas voulu cet échec ? En réalité, c'est l'échec de l'immobilisme, de l'inactivité consciente ou non, face au seul impératif que la Société puisse nous imposer : sauver.

Oui, la Réanimation a un gros défaut, c'est le grand reproche à lui adresser en face : partie de peu, elle est partie d'emblée, pour une ambition démesurée. Chaque jour, elle grandit, elle va un peu plus loin, par sa seule force. Elle n'a aucune limite, puisque les profondeurs de l'âme, au même titre que le sens de la disparition des corps nous sont inconnus. Le chronomètre de la vie n'attend pas les explications ou le temps des convictions.

Ce n'est pas une révolte que vous croyez entendre, car des hommes, des femmes ont été convaincus de cette noble cause, et demain, d'autres auditeurs seront convaincus.

— Des hommes non médecins. Des responsables de notre société, des administratifs, des planteurs, des architectes ;

— Des comptables, des ouvriers, des paysans ;

— Les humbles et les riches.

Des femmes ont approché douloureusement la réanimation pour leur propre enfant. Avec la guérison, c'est la joie qui revient au foyer, c'est le soleil du sourire qui reprend sa vraie place.

Avec l'échec, le douloureux échec, c'est le réconfort de l'entraide humaine maximum. Gagner leur estime, leur confiance, c'est faire accepter ces heures si pénibles de l'isolement au travers d'un machinisme inhumain. Accepter que l'on essaye d'aller plus loin alors que l'issue fatale est plus que probable, cela est dur et c'est le sens inné de la responsabilité humaine qui fait accepter cette réanimation, même si elle conduit à l'échec.

Des médecins ont vu, suivi, heure après heure, la lutte et l'angoisse qui n'en est que le prix. De l'impassibilité,

ils ont été amenés à l'intérêt. Ils ont été conduits par la main à certains chevet, notre angoisse est devenue la leur. Nos veilles sont devenues les leurs. Nos déceptions, notre allégresse ont été les leurs.

Nous avons pensé un moment avoir perdu le contact avec ceux qui gèrent des comptabilités difficiles, et ce matériel est coûteux. Les avoir perdu ? Ne pas les avoir convaincu ? A savoir, peut-être pas, car demain, lorsqu'ils le pourront, ne serons-nous pas les premiers à « recevoir » et sans doute aurons-nous gagné.

Demain donc, que sera la Réanimation dans l'immense élan de solidarité humaine qui l'anime ?

L'envisager, c'est faire appel à ce que seront les hôpitaux, justement ceux que nous forgerons pour demain.

Hôpital. Ce seul mot évoque en certains esprits, la maison que la charité publique procurait aux miséreux, le dévouement des infirmières et des sœurs de St-Vincent de Paul, dévouement illimité pour de vastes salles où luttaient les moribonds, peu ou prou condamnés. Nos souvenirs sont imagés par Monsieur BELZUNCE parcourant les salles de l'Hôtel Dieu dans le Marseille du 18ème siècle ravagé par la grande peste noire. Nos lectures rejoignent BICHAT, MONDOR et tous les grands cliniciens de la fin du siècle dernier. Et certains de nos souvenirs ne s'adressent-ils pas à nos propres études dans les grandes salles communes d'anciens couvents transformés en hôpitaux ?

Est-ce cela l'hôpital de demain ? Il semble qu'il existe encore une place dans certains esprits, entre l'hospice d'hier pour déshérités économiques et le grand élan actuel d'humanité et de médecine.

Que sera cet hôpital de demain ? Une maison fraîche et accueillante d'abord. Une maison où le malade ne sera pas un numéro jeté en pâture à ses voisins de salle, où le malade ne sera pas perdu dans l'immensité de l'anonymat pathologique, où le malade ne sera pas cet individu coupé de son cordon ombilical que sont ses amis et ses proches. Il sera cet hôte que nous respectons, pour lequel nous tamisons la lumière crue de son domaine inconnu, auquel nous apportons notre amitié et notre sourire, le vrai, celui du cœur.

Est-ce aussi cela la réanimation de demain ? Oui, car elle commence à ce

premier contact, humain et chaud, celui qui augure du meilleur des adages médicaux :

« Consoler toujours
« Soulager souvent
« Guérir parfois »

et ce sont nos maîtres qui nous ont transmis cet adage qu'eux-mêmes déterraient des leurs, adage que nous respectons profondément et qu'à notre tour, nous transmettrons.

Et dans ce contexte humain, l'Hôpital de demain apportera la force, la force d'une science et d'un art, toujours rajeuni des dernières acquisitions, celles qui font mieux connaître la maladie, celles qui guérissent ou soulagent le mieux, celles qui luttent contre l'ennemi commun : la mort, ou celles qui l'adoucissent quand, hélas, elle n'est qu'irrévocable.

Tout sera mis en œuvre pour cette force : et dans ce cadre, la Réanimation sera d'abord ce que nous la ferons ; c'est-à-dire, dans le fond, une vocation irréductible, en étroite coordination avec les différents services techniques de l'Hôpital.

Ces éléments sont les premiers à acquérir.

Puis viendra le stade d'une construction rationnelle et efficiente. Autour d'un pilier central, existeront différentes activités :

Evacuations et transports routiers et aériens. L'hôpital de demain ne se contente plus d'attendre à la porte de la conciergerie, il se porte au devant du malade ou du blessé en danger. Il faut organiser et prévoir et non plus se contenter pour chaque cas de demi-mesures improvisées, mesures qu'il faut banir à tout jamais en matière de réanimation.

— Urgences de la nuit qui trouvent d'emblée l'efficacité des premiers soins essentiels.

— Bloc technique groupant les lits des malades graves et les machines, la surveillance électronique et l'équipement approprié.

— Proches, des chambres de préconvalescence où la surveillance s'espace, mais où le contrôle clinique reste encore très étroit. Ces chambres seront réservées à ceux qui ont besoin de réapprendre à respirer, à manger, à re-

trouver les rayons du soleil sans fatigue, à tous ceux qui sourient à la guérison proche.

S'agit-il d'un agencement architectural qui détruira l'effort de personnalisation que nous avons mis au premier chef de nos soucis ? Certes non, car des fleurs peuvent voisiner avec un res-pirateur au même titre qu'une poupée sur le lit d'une petite fille. Une émission radiophonique ou télévisée peut capter l'attention, un concert mozartien faire rêver, même dans l'entourage des contrôleurs électroniques.

Tandis que dans la chambre voisine, un blessé comateux lutte pour sa vie, tandis que quelques pas plus loin, une famille anxieuse attend ... tandis que les mains secourables apaisent et rafraichissent un visage baigné de sueurs.

Pourquoi faire place ici à ce qui pourrait apparaître d'une sentimentalité ridicule ?

Non, il ne s'agit pas de sentimentalité. Il s'agit de l'hôpital où tout a sa place, le cœur aussi bien que la technique.

Bien sûr, devant l'ampleur des problèmes affectifs et techniques que pose l'exercice de la Réanimation d'aujourd'hui comme celle de demain, qui ne serait tenté de vouloir oublier, surtout lorsque la fatigue ou le découragement nous entraînent à souhaiter cet oubli. La Réanimation peut cesser de représenter un sens humain, à travers un homme seul et agonisant. Mais en réalité, elle n'est qu'un témoignage, dans la signification profonde de l'humanité.

Qu'il nous soit permis, en guise de conclusion de ne citer que deux pensées, l'une d'un grand philosophe, l'autre d'un chrétien, tous deux profondément humains.

« Mais l'homme est-il obsédé d'éternité ou d'échapper à l'inevitable dépendance qui lui res-sasse la mort ? Survie misérable qui n'a pas le temps de voir s'éteindre les étoiles déjà mortes.

Il n'y a pas de mort invulnérable devant un dialogue, et la survie ne se mesure pas à la durée. Elle est celle de la forme que prend la victoire d'un homme sur le destin, et cette forme. L'homme mort, commence sa vie imprévisible.

Sans doute, pour un croyant, ce long dialogue des métamorphoses et des résurrections, s'unit-il en une voix divine car l'homme ne devient homme que dans la poursuite de sa part la plus haute ».

Que dit le chrétien ?

« Plus nous regardons au fond de nous-mêmes, plus cette introspection multiplie, devant nos yeux effarés, les liens de l'irréparable. La nécessité serpente de tous côtés à l'assaut de nos corps et de nos âmes. Elle dessine des nervures chaque jour plus nombreuses, dans le tissu

primitivement si jeune et si plastique de l'avenir ... Et elles convergent toutes à un même centre inévitable : La mort... ».

« L'âme humaine... est inséparable, dans sa naissance et sa maturation, de l'univers où elle est née. En chaque âme, Dieu aime et sauve partiellement le monde entier que cette âme résume d'une manière particulière et incommunicable ».

C'est sans doute à ce titre qu'avec la Réanimation, nous ne sommes, à notre tour, que de simples « ouvriers de la terre ».

Je vous remercie.

Conférence prononcée le 3 juin 1965, sous les auspices de l'Université de Madagascar et du Centre Culturel Albert Camus et sous la présidence de Monsieur le Recteur de l'Université).

