

Le Médecin Français

ORGANE MENSUEL DU COMITÉ NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS

Prix : 1 Franc

Administration et Rédaction : 13, boulevard Victor-Hugo, LIMOGES - Tél. 42-61

Prix : 1 Franc

B. M.
LIMOGES

LE NOUVEAU VISAGE DU COMITÉ NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS (C. N. M. F.)

Certes, le Comité National des Médecins Français n'a pas changé : son programme, ses buts, son idéal, définis dès la première heure de son existence (juin 43), il les fait siens plus que jamais.

Ce qu'il y a de nouveau depuis la libération, c'est son organisation intérieure. Il est trop évident, pour y insister longuement, que l'organisation d'un mouvement en période légale ne doit pas être la même que dans la clandestinité.

C'est ainsi que, durant l'illégalité, du fait des dangers que couraient nos camarades traqués par Vichy et la Gestapo, la propagande du C. N. M. F. était assurée par un médecin « responsable permanent », unique, désigné par le Directoire National du C. N. M. F. pour une région donnée.

Maintenant que nous pouvons agir au grand jour, que les faux papiers, les agents de liaison fraternels mais inconnus, les documents cachés dans la valise à double fond, les patrouilles et représailles, ne sont plus qu'un souvenir (souvent mauvais, mais parfois vivifiant), ce « responsable permanent », unique, n'a plus de raison d'être. La persistance de cette forme d'organisation se trouverait en opposition avec l'esprit démocratique qui a toujours animé le C. N. M. F. Mais du « temps du mépris » qui pesait si lourdement sur notre pays, nécessité faisait loi. Actuellement, où lentement la France renaît à ses libertés reconquises, il apparaît de manière irréfutable, logique, que le C. N. M. F., dans une région, doit surtout être l'œuvre des médecins de la région même, et que le « responsable permanent régional », qui était souvent un jeune confrère, non installé, donc plus apte à la lutte illégale, venu parfois d'un autre coin de France, qui conti-

nue d'ailleurs le plus souvent la lutte au sein des F. F. I. et maintenant dans l'Armée nouvelle, et qui est par conséquent destiné à quitter la région, s'efface devant ses aînés.

C'est de cette volonté que naissent un peu partout, dans toutes les régions, des bureaux régionaux du C. N. M. F., qui assurent le fonctionnement de notre grand mouvement de progrès médical. Dans la région de Limoges (Indre, Creuse, Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne), le bureau du C. N. M. F. a été constitué et se réunit depuis de nombreuses semaines.

Nous en donnerons la composition dans notre prochain numéro.

GÉRARD.

LES MÉDECINS MANIFESTENT avec le PEUPLE de PARIS

Dimanche 8 octobre, à l'appel des Mouvements de Résistance, 250.000 Parisiens et Parisiennes (malgré le manque de transports et l'absence forcée des délégations des grandes banlieues) ont défilé, pendant six heures, au Père Lachaise pour rendre un pieux hommage aux martyrs de Paris.

Dans cette foule immense, disciplinée et recueillie, mais résolue, associant dans une même manifestation de fidélité le souvenir des derniers fédérés de 71 avec les innombrables fusillés et torturés de 40-44, les médecins de Paris étaient, eux aussi, largement représentés dans la délégation du Comité National des Médecins Français (C. N. M. F.), dans les rangs de laquelle on reconnaissait l'élite du Corps Médical parisien.

POUR UN OFFICE NATIONAL de Reclassement Social des Malades et des Infirmes

Il n'y a pas de vie digne et libre sans une certaine indépendance économique. Des dizaines de milliers d'hommes (peut-être des centaines) ignorent cette vie. Ce sont les diminués physiques par maladie, accident ou les congénitaux (les tuberculeux pulmonaires et osseux, les paralysés d'un ou plusieurs membres, les rhumatisants, les cardiopathes, les victimes de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, etc.).

A charge de leur famille ou des collectivités, parfois aux deux, ils mènent une existence sur laquelle pèse la sujétion d'être inutiles à eux-mêmes, à leurs proches, à la société et de ne devoir cette existence qu'à la charité.

Pour redonner l'équilibre et le sens de la dignité de la personne humaine, pour rendre à la France des travailleurs dont elle a besoin pour sa reconstruction, pour faire de notre pays une terre heureuse même à ceux qui souffrent dans leur corps, il y a lieu de prévoir et d'organiser dès aujourd'hui un équipement de Post-Cure, dont les principaux éléments seraient :

1° La rééducation et la réadaptation professionnelles (précédées d'une nouvelle orientation pour certains, d'une sélection professionnelle pour d'autres) ;

2° Le placement des rééduqués et des réadaptés ;

3° La surveillance médico-sociale au foyer (par le Centre de santé) et à l'entreprise (par le médecin d'entreprise et son service social).

Conjointement à l'organisation de la post-cure, il sera bon de faire le bilan des personnes invalides mais susceptibles de travailler. Ce sera le travail des dispensaires, de la médecine d'entreprise, des Centres de santé. Le contrôle sanitaire des prisonniers et déportés à leur retour sera également un élément de dépistage et d'appréciation.

Les chiffres d'hier nous permettent déjà de connaître le nombre des malades et des infirmes de toutes catégories dans une époque dite normale.

Tuberculeux pulmonaires et osseux

En 1936, il y avait en France : 25.000 lits pour tuberculeux pulmonaires dans 173 sanatoriums publics, assimilés ou privés ; plus de 6.700 lits dans les services hospitaliers.

Pour les tuberculeux chirurgicaux (osseux) : 13.000 lits dans 50 sanatoriums maritimes ou de montagne.

Au début de 1938, le total des lits pour tuberculeux était de 47.500.

On estime à 400.000 le nombre des tuberculeux en France, dont 287.470 contrôlés par les dispensaires en 1937.

Paralysés

On compterait trois enfants estropiés pour 1.000 habitants (chiffres à peu près constants dans tous les pays).

D'après l'« Association des Paralysés », il y aurait en France plus de 120.000 paralysés.

Au Danemark et en Allemagne, des Instituts rééduquent les estropiés, 83 % d'entre eux sont placés avec des salaires normaux.

D'excellents résultats ont été obtenus en Angleterre, aux Etats-Unis, en Norvège et en Suède, par l'initiative privée et l'Etat.

Rhumatisants et cardiopathes

Si, en 1935, la tuberculose fait 51.450 victimes, le rhumatisme et les cardiopathies en totalisent 79.654.

Le rhumatisme a été déclaré maladie sociale le 22 novembre 1936, par Henri Sellier. Marc Rucart affectait à l'étude du rhumatisme une section du Conseil Supérieur de l'Hygiène.

Mutilés du travail

On estime à 15.000 le nombre annuel des invalides par accidents du travail.

Voir la suite en 2^e page.

LA VOIX DU COMITÉ NATIONAL des MÉDECINS FRANÇAIS à RADIO-LIMOGES

Le Comité de Direction de Radio-Limoges vient d'informer la Direction Régionale du Comité National des Médecins Français (C. N. M. F.), qu'une durée d'émission de 15 minutes par semaine était accordée au C. N. M. F. Ainsi ce grand mouvement des Médecins de la Résistance, qui a lutté pendant des mois dans l'illégalité, peut maintenant faire entendre librement, sur les antennes d'un grand poste français, la voix de la Résistance et du progrès en Médecine.

POUR UN OFFICE NATIONAL de Reclassement Social des Malades et des Infirmes

(Suite de la 1^{re} page)

Maladies professionnelles

La C. G. T. avait créé, en 1936-1937, l'Institut pour l'étude des maladies professionnelles, rue de la Douane à Paris.

Nous citerons deux opinions concernant le travail des malades et des infirmes :

« La qualité du travail manuel de l'estropié est égale à celle de l'individu normal ; seulement l'estropié perd en vitesse et la quantité de travail est diminuée. » (Docteur Dam, ancien Directeur de l'Institut des Estropiés du Brabant.)

La seconde est de Ford, qui a installé des ateliers spéciaux pour tuberculeux stabilisés et pour infirmes dans ses ateliers de Détroit : « Les hommes de validité corporelle inférieure à la moyenne font d'aussi bons travailleurs — si on les met à une place convenable — que les hommes de validité supérieure. »

Afin de rendre à la vie normale ou presque normale les malades et les infirmes, il apparaît nécessaire de créer un Office National de Reclassement.

Une telle organisation existe déjà en Angleterre et aux Etats-Unis.

La France, dont la mortalité est la plus haute, et la natalité la plus basse de presque tous les pays, la France, qui a besoin de tous ses enfants, s'honorerait en créant un Office National de reclassement des anciens malades et des infirmes.

Dans cet Office pourraient se rencontrer les représentants de l'Etat et des Collectivités payantes, les représentants des organisations de lutte et de prévention, ceux des organisations ouvrières et patronales, les représentants d'associations médicales, ceux des Assurances Sociales, celles des assistantes sociales, enfin les représentants d'organisations d'aide ou d'entraide des tuberculeux, des paralysés, des rhumatisants, des cardiaques, des mutilés du travail, etc.

C'est-à-dire :

Ministère de la Santé, du Travail, de l'Economie, de l'Education Nationale, Direction de l'Enseignement Technique, Comité national de lutte contre la tuberculose, Institut national pour l'étude des problèmes humains, Institut national d'actions sanitaires des Assurances Sociales, Office public d'hygiène sociale de la Seine (O. P. H. S.), Caisse interdépartementale des A. S. de Seine et Seine-et-Oise, Caisse des Assurances Sociales (rue Boudreau), Fédération mutualiste, C. G. T. (et son Institut pour l'étude des maladies professionnelles), Institut national d'orientation professionnelle, Fédération nationale des tuberculeux civils, Fédération nationale des blessés du poumon et chirurgicaux, Fédération des mutilés du travail, Association des paralysés, Fondation Dike, Entraide des rhumatisants, Ligue pour l'adaptation du travail des diminués physiques, Syndicats des médecins de sanatoriums, Sociétés d'assistants sociaux.

Les personnes privées connues par leur activité en faveur des malades et des infirmes pourraient également participer aux travaux de l'Office National.

L'Office National serait à la fois un centre de recherche, de documentation, d'orientation et d'action.

Centre de recherche : par des enquêtes permanentes sur la situation

TUBERCULOSE DE GUERRE

La tuberculose, chaque médecin le sait, est la maladie sociale la plus grave pour la population française. Quelle est, actuellement, la mesure de ce fléau ? Nous ne le savons pas au juste. Les statistiques sont imparfaites. Nous savons bien, chers confrères français, pourquoi elles sont imparfaites. Nous savons aussi qu'il faudra, demain, que nous voyions plus clair pour mieux combattre. Nous savons encore qu'une administration de l'Hygiène publique, intelligente, obtiendrait de nous tous les renseignements qu'elle voudrait, si elle savait collaborer et ne pas heurter notre conception du devoir professionnel. Et, d'ailleurs, dès maintenant, les travaux des statisticiens, notamment de M. Moine, donnent des indications suffisantes et nous montrent combien d'affreuses souffrances matérielles et morales, combien de pertes précieuses de vies humaines une bonne organisation de la lutte antituberculeuse devrait abaisser chez nous, au même niveau que dans les pays de même culture ! Ces pays, la Grande-Bretagne, les nations scandinaves, ne vivent pas

sanitaire et morale, sur les conditions de travail, sur les initiatives publiques ou privées de l'étranger.

Centre de documentation : pour les personnes privées ou publiques : journalistes, parlementaires, médecins, militants, conférenciers, assistants sociaux. Par ses publications : articles de revue et journaux, livres (français et étrangers), ses photographies et ses films, ses statistiques et ses conférences, etc...

Centre d'Orientation : par son œuvre de coordination des efforts publics et privés.

Centre d'Action : par ses services d'organisation des loisirs utiles dans les établissements de cure, son service d'orientation et de sélection professionnelles, par son service de rééducation et de réadaptation professionnelles, et son service d'inspection des Centres et Ecoles de rééducation de contrôle de l'emploi des malades et des infirmes.

L'Office pourrait créer un réseau d'organisations régionales (départementales si besoin est et si les possibilités financières le permettent) afin d'obtenir un meilleur rendement dans le travail et l'exécution du programme et des directives élaborés à l'Office national par toutes les organisations participantes.

Les Centres de Santé, dont les rôles qu'ils ont à jouer dans la prévention des maladies sociales est immense, pourraient collaborer utilement avec les Offices Régionaux.

En résumé, il s'agit :

1^o De dépister les malades et les infirmes susceptibles de reprendre une activité sociale ;

2^o De créer pour eux des Ecoles et des Centres de rééducation avec orientation, sélection et réadaptation professionnelles ; d'organiser également la thérapeutique par le travail ;

3^o De les placer dans des entreprises ou de leur donner les moyens de pratiquer un artisanat individuel ou coopératif, un commerce ou une profession libre ;

4^o De surveiller les conditions matérielles et morales de la reprise de travail de tous ces diminués physiques, aptes à un travail dans certaines conditions données.

André ANTOINE.

pendant sous des régimes totalitaires, et ont su discipliner leurs populations et organiser leurs services de Santé Publique. La IV^e République a cette tâche devant elle. Que les médecins français exigent qu'elle soit remplie !

La guerre a aggravé singulièrement une situation déjà déplorable : désarroi et promiscuités de l'exode, misère des prisonniers, difficulté des soins, fatigues et chagrins de toute sorte, surtout sous-alimentation prolongée, baisse du niveau de vie de toute la population, que de causes accumulées pour favoriser la propagation et la germination du bacille de Koch dans l'organisme humain !

Ce n'est pas seulement par une extension, une aggravation importante de la maladie que s'est traduite l'influence de la guerre et de l'occupation, mais aussi par l'effondrement de tout l'édifice de lutte antituberculeuse péniblement échafaudé depuis vingt ans.

Pouvons-nous, dès à présent, essayer d'évaluer l'étendue des dégâts de la façon la plus objective ?

D'abord, il faut distinguer en un pareil problème plusieurs éléments. Le premier est la diffusion de la tuberculisation. Ceci revient à établir la fréquence avec laquelle, dans une population donnée, on trouve des sujets réagissant à la tuberculose, ou, si l'on veut, des **sujets infectés par le bacille de Koch, mais qui ne sont point malades** et vivent sans dommage en hébergeant le germe de la maladie. Cette étude de l'**indice de la tuberculisation** est complétée par celle de l'âge où, dans chaque génération, se fait la contamination, petite enfance, enfance, âge adulte.

Une seconde étude est celle de la **tuberculose-maladie**, et là encore il faut distinguer : 1^o les formes légères ou curables (qui comprennent à la fois des incidents transitoires, comme ceux de la primo-infection et des lésions-séquelles bien tolérées, souvent ignorées de celui qui en est porteur) ; 2^o les formes évolutives, nécessitant de longs soins, susceptibles de guérir à la longue ou d'entraîner plus ou moins vite une issue fatale.

I. — Examinons d'abord la diffusion de la tuberculisation dans notre population. Celle-ci a depuis la guerre, augmenté. Alors que, sous l'influence d'une lutte encore insuffisamment poussée, mais déjà active contre la tuberculose, nous assistions à une diminution de cet indice dans la population française et à un vieillissement de l'âge moyen de la contamination — d'où la fréquence progressive de la primo-infection de l'adolescent — nous sommes témoins, maintenant, d'une contamination intense et redoutable de l'enfance. Chez le nourrisson, malgré le nombre des formes bien tolérées, la tuberculose est souvent mortelle, et dans la seconde enfance, les méningites tuberculeuses ont augmenté de fréquence (Troisier et Lamotte-Barillon). Rien de surprenant si nous avons à déplorer ce fâcheux recul. Les tuberculeux contagieux sont plus rarement et plus mal isolés ; les enfants, autour du foyer, où, faute de moyens de chauffage, toutes les générations se groupent et se rapprochent, sont plus aisément contaminés.

II. — Est-ce que, dans ces conditions, la fréquence des tuberculoses-maladies a augmenté — nous entendons par là la fréquence globale — des tuberculoses bénignes et graves, des tuberculoses évolutives et des tuberculoses fixées, des tuberculoses pulmonaires et extrapulmonaires ? Il est fort difficile de le savoir. On a indiqué que les tuberculoses des séreuses étaient anormalement fréquentes ; on a fourni sur ce sujet des indications à vrai dire assez contradictoires. Il semble, en réalité, que pendant les deux premières années de l'occupation, cette augmentation globale, si elle a existé, n'a pas été aussi redoutable qu'on pouvait le craindre. Ceci peut s'expliquer si l'on se souvient que la tendance évolutive de la tuberculose paraît fonction de trois éléments : 1^o la dose infectante (une infection massive, répétée, très riche en bacilles est plus redoutable qu'une contamination discrète et unique) ; 2^o la prédisposition individuelle (ensemble des qualités héréditaires et constitutionnelles qui préparent le terrain et que la génétique s'efforce aujourd'hui, non sans peine, d'explorer) ; 3^o les causes secondaires qui agissent sur la résistance du sujet et qu'on peut qualifier de conditions hygiéniques de la vie. Or, de ces trois facteurs, le dernier a, eu cours des deux dernières années, joué d'une façon néfaste : le nombre des tuberculeux évolutifs augmente. Les examens en série pratiqués dans les usines, par exemple, permettent de dépister un chiffre de malades qui atteint parfois le double du chiffre noté il y a quelques années.

III. — Pour le troisième élément de notre étude, à savoir la gravité des tuberculoses qui évoluent, les causes secondaires constituent un facteur essentiel : la sous-alimentation, les soucis, les insomnies, les émotions, les fatigues vont transformer une tuberculose qui, dans des conditions normales, guérirait, en une tuberculose rapidement grave et mortelle. Malgré les efforts thérapeutiques, le repos, une alimentation meilleure, un pneumothorax, le séjour dans un bon climat, la maladie poursuit inexorablement son cours et, souvent, avec une vitesse surprenante, terrasse le malade et le tue. D'où l'augmentation de la morbidité constatée et reconnue. D'où l'augmentation de la mortalité par tuberculose. D'où l'insuffisance désespérante des traitements habituellement opérants. D'où la fréquence des tuberculoses aiguës granuliques et pneumoniques. Voici quelques chiffres démonstratifs :

Les chiffres fournis par 87 départements au cours du 1^{er} trimestre de 1943 sont de 14.679 morts par tuberculose, soit 152 décès par 100.000 habitants, alors qu'en 1928 le taux est de 143 pour 100.000 (pour l'année entière). Au cours de ce trimestre, 9 départements atteignent ou dépassent le taux fort de 200 pour 100.000, alors qu'en 1938, 5 départements seulement ont dépassé ce taux. A Paris, la mortalité moyenne annuelle, de 1935 à 1936, est de 162 décès tuberculeux pour 100.000 Parisiens. Ce taux atteint 168 en 1940, 214 en 1941 et 196 en 1942. L'augmenta-

un
60879
ex. 1

TUBERCULOSE DE GUERRE

tion est de 32,1 % en 1941 et de 21 % en 1942.

La mortalité par tuberculose est passée, dans la population de Paris et de la Seine, de 1,5 pour 1.000 à 1,95, soit une augmentation de un quart de 1937 à 1941. La tuberculose, qui avait reculé de 50 % dans les vingt dernières années de paix, montre donc une recrudescence inquiétante qui progresse depuis 1940 (Moine).

Si la population résidant en France apparaît comme de plus en plus touchée par la tuberculose et, surtout, par ses formes les plus graves, que dire des prisonniers résidant dans les camps allemands, de ceux qui sont dans les prisons de France et, enfin, de tous les déportés ? Il n'existe pas de statistique complète nous permettant de juger avec précision de l'importance des dégâts. Cependant, tout ce que l'on peut en savoir par l'examen des malades sortant de captivité ou des ouvriers renvoyés d'Allemagne pour maladie, nous fait constater que la tuberculose fait, parmi ces hommes, des ravages effrayants. Alors que la proportion moyenne de tuberculose pulmonaire atteint chaque année, en France, environ deux pour mille dans les agglomérations, deux pour cent des prisonniers militaires ont été rapatriés ou sont morts en captivité du fait de la tuberculose pulmonaire, durant les trois années qui ont suivi l'armistice.

Sept pour mille des rapatriés, pour d'autres causes, ont été dépistés par les dispensaires comme tuberculeux en évolution ou suspects.

On évalue à 7,3 pour cent des prisonniers restant en Allemagne la proportion « des suspects » et des tuberculeux confirmés.

De plus, l'incurie et la mauvaise volonté des services sanitaires allemands ne permet ni le dépistage précoce, ni la mise en œuvre du traitement en temps voulu. Aussi, une grande partie des tuberculeux qui reviennent en France sont-ils à peine justifiables de soins palliatifs et c'est bien rarement que l'on peut espérer les guérir. Bien souvent, ces malades éminemment contagieux, qui ne connaissent ni la gravité, ni l'étendue de leur maladie, désirent rentrer dans leur famille, ce qui se conçoit après une si longue absence, et ils forment le centre de nouveaux foyers de contamination.

Malgré des moyens encore insuffisants, la lutte antituberculeuse avait porté des fruits depuis une vingtaine d'années qu'elle était entreprise sérieusement en France. Le dépistage par le dispensaire et, plus récemment, les examens systématiques de grandes communautés (armées, écoles, usines) permettaient de reconnaître, pour une partie assez importante, les tuberculoses latentes qu'il fallait traiter. Les centres hospitaliers spécialisés permettaient la mise en action des traitements modernes : collapsothérapie médicale ou chirurgicale, en particulier. Bien que le nombre d'hôpitaux et de sanatoria fût insuffisant, et que la lutte antituberculeuse n'ait pas encore atteint en France, une vigueur suffisante, il était possible, la plupart du temps, de soigner les tuberculeux et de les isoler.

Actuellement, nombre de services hospitaliers sont occupés par l'ar-

HISTOIRE D'UNE DÉCOUVERTE

ou bien ou la Politique Médicale devient de la Politique tout court

1932 fut l'année de la découverte de l'anatoxine diphtérique de Ramon. Après quatre ans d'observations et d'incessants efforts dans la part des cliniciens que des chercheurs de l'Institut Pasteur, la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon fut déclarée obligatoire pour les enfants en 1936.

Cette décision du Ministère de la Santé déclencha, dans l'Action Française, une violente (et combien tonitruante) campagne de Léon Daudet contre la pratique systématique de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon. Cette campagne fut appuyée par Charles Fiessinger (le président des médecins d'Action Française), le professeur Texier, de Paris, et le docteur Rendu, de Lyon. Elle se basait sur de rares observations plus ou moins bien étudiées, et tendait à démontrer que la vaccination par l'anatoxine de Ramon était la source d'incidents souvent dangereux, ou était pour le moins inefficace.

Actuellement, avec un recul de dix ans, pendant lesquels des centaines de milliers d'enfants et d'adultes ont été systématiquement vaccinés avec fruits, et cela sans avoir encouru aucun danger, nous pouvons envisager cette polémique antipasteurienne comme l'exemple d'une tournure d'esprit fort peu cartésienne.

mée allemande, certains sanatoria ont dû fermer, le nombre des tuberculoses en évolution a augmenté, surtout si l'on y ajoute les tuberculeux militaires rapatriés d'Allemagne, pour lesquels on a réservé certains établissements. Il devient donc impossible d'hospitaliser tous les malades. Il en est de nombreux qui restent au foyer familial. L'insuffisance désastreuse de l'alimentation dévolue aux hôpitaux et aux sanatoria éloigne encore très souvent un nombre important de malades des centres où ils devraient être traités. Les préventoria se trouvent dans les mêmes conditions : insuffisance alimentaire, insuffisance d'hygiène et, il faut bien le dire, dans un grand nombre de cas, insuffisance de direction médicale.

Dans la lutte antituberculeuse, tout se tient. Il ne sert à rien de dépister les malades si l'on ne peut ni les isoler ni les soigner, ni préserver ceux qui les entourent de l'évolution d'une primo-infection, qui pourrait si facilement guérir. Tant que l'occupation nous privera des moyens financiers, alimentaires et médicaux suffisants pour reprendre la lutte méthodique et complète contre la tuberculose, tous les efforts resteront vains, mais il faut, dès maintenant, connaître la gravité du problème et envisager des solutions énergiques pour demain.

Dr René PIERRE.

LES ORGANISATIONS NÉCESSAIRES A LA LUTTE contre la Mortalité Infantile en Limousin

INTRODUCTION

Il n'est pas besoin de souligner l'impérieux besoin qu'a notre pays de sauver le plus possible de vies humaines, de vies d'enfants et l'urgence des mesures qui s'imposent.

Des enquêtes faites par la Société des Nations, il résulte que le taux élevé de mortalité infantile observé dans certains pays (dont la France), dans certaines régions, est facteur :

- 1) de causes sociales ;
- 2) de causes médicales (ou si l'on veut) hygiéniques.

Il est évident que même si une heureuse et profonde révolution sociale se produisait, il faudrait encore beaucoup de temps avant que la question des taudis, celle du travail des femmes et des mères de famille, aient reçu une solution. Il est évident aussi que les causes médicales de mortalité infantile sont liées à la structure sociale déficiente : paupérisme, surpeuplement de logements insalubres, d'où contagions multiples, soins et alimentation insuffisante du fait de la modicité des ressources de trop de familles.

Seules, de profondes et très désirables réformes sociales peuvent apporter une amélioration substantielle à ces situations souvent tragiques.

Mais nous croyons, nous sommes certains, qu'il est possible d'atténuer, dans une large mesure, ces inconvénients sociaux en créant des organisations publiques où les enfants déshérités du sort et de la fortune pourront trouver, dès leur naissance, les meilleurs soins.

Les deux causes essentielles des maladies des nourrissons sont :

- la mauvaise alimentation ou l'alimentation inadaptée ;
- la contagion.

La première, affaiblit le nourrisson et l'expose aux ravages de la contagion qui s'avère très meurtrière et contre laquelle il n'existe pas actuellement, en Limousin, de moyens de lutte efficaces.

De l'examen technique détaillé de ces deux causes, il résulte qu'il faut créer en Limousin :

- 1° Une organisation perfectionnée de traitement ;
- 2° Une organisation perfectionnée d'élevage de nourrissons bien portants, déshérités du sort.

— I —

L'ORGANISATION DE TRAITEMENT

Formation Hospitalière

Actuellement, existe à l'hôpital de Limoges un embryon insuffisant de cette organisation.

Les nourrissons débiles ou prématurés sont élevés dans des conditions qu'on peut qualifier de déplorables à la Maternité, avec une grosse mortalité.

Les nourrissons malades sont traités à la Crèche de l'Hôpital dans des conditions presque aussi regrettables. Si quelques améliorations ont été apportées ces dernières années, elles ne constituent que des palliatifs.

La pénurie du lait de femme, aliment essentiel, indispensable, est quasi-constante.

On ne peut que s'étonner que, depuis tant d'années, les Pouvoirs Publics, l'Administration Hospitalière, les médecins, se soient à peine émus de cet état de choses.

Ces quelques remarques critiques montrent que tout est à créer.

Le Centre de traitement doit comprendre :

1° Une section d'élevage des nourrissons prématurés ou débiles, ou ayant besoin de régimes spéciaux, impossibles à établir dans les familles.

2° Une section de traitement des nourrissons malades (broncho-pneumonies, bronchites, gastro-entérites, etc...)

Les deux principes fondamentaux qu'il faut respecter pour la réalisation de ce service sont :

- a) assurer à chaque nourrisson un isolement strict ;
- b) lui assurer la meilleure alimentation possible.

A — Pour la réalisation du premier principe, il faut que les deux sections qui se complètent l'une l'autre soient cependant indépendantes :

- 1) au point de vue bâtiments,
- 2) au point de vue personnel infirmier.

Dans chaque section, l'isolement doit être réalisé en installant des boxes (un par nourrisson). Ces boxes doivent être assez vastes pour que le nourrisson ait assez d'air, pour qu'il puisse recevoir dans son box tous les soins, que sa toilette puisse y être faite.

L'air de ces boxes doit être climatisé pour éviter l'influence aggravante des variations météorologiques sur les petits débiles ou prématurés.

Un perfectionnement d'ordre moral et social doit être réalisé. La mère de l'enfant, même si elle ne nourrit pas, doit être, autant que possible, admise à vivre avec son enfant, ne serait-ce que pour aider à le soigner ou apprendre à lui donner des soins souvent délicats. Cette mesure permettrait une économie de personnel infirmier et éviterait, dans une certaine mesure, une des causes de la propagation des épidémies de crèches si désastreuses : le va et vient et le changement constant d'une infirmière d'un enfant à l'autre.

Docteur MARTROU.

(A suivre.)

LE MARTYROLOGE DES MÉDECINS du Service de Santé F. F. I. DE LA RÉGION 5

Dès les mois d'avril-mai 1944, la création d'un service de santé F. F. I., c'est-à-dire d'un service de santé autonome du Maquis, était d'une nécessité vitale pour les courageuses unités des Forces Françaises de l'Intérieur de notre région.

A l'appel lancé par le Comité National des Médecins Français (C. N. M. F.), un certain nombre de médecins et étudiants en médecine comprirent où était leur devoir. Ces confrères abandonnèrent tout, leur famille, leur clientèle, leurs études, pour se consacrer exclusivement à la noble tâche d'édifier le service de santé des F. F. I.

Des centaines de vies ont été ainsi épargnées grâce au dévouement et au sacrifice des médecins du Maquis. Le service de santé des F. F. I. a payé un lourd tribut à la cause de la libération de notre sol : neuf d'entre nos camarades ne sont pas revenus des combats qui opposèrent, dans la 5^e Région, les patriotes aux armées nazies.

Leurs noms sont :

BRIDOT Paul, chirurgien à La Souterraine (Creuse), fait prisonnier par les Allemands, fusillé à Aulon, le 22 juillet 1944.

FAURISSON, étudiant en médecine, mort au champ d'honneur au Pont de Chabanais (Charente libre), début août 1944.

« INCAS », médecin, dont la véritable identité nous est inconnue ; fait prisonnier par les Allemands, à Egletons (Corrèze), et fusillé dans les bois du Moustier-de-Ventadour, 5 avril 1944.

« LE PROFESSEUR », médecin, dont la véritable identité est inconnue, fait prisonnier par les Waffen S. S., en Corrèze, fusillé à Lonzac, 3 avril 1944.

MOLINIÉ, médecin, mort en service commandé, le 22 avril, à Sarran (Corrèze).

SCHIFFMANN, médecin, fait prisonnier par les Allemands, en Dordogne, au début juin, fusillé fin août, à la prison-caserne du 35^e, à Périgueux, avec 41 autres combattants de la Résistance.

SCHREIBER Claude, étudiant en médecine, mort en service commandé, le 7 juin 1944, en Dordogne.

STEIN, médecin, mort en service commandé, début septembre, à Angoulême.

ZOZOL, médecin, tombé au champ d'honneur, fin août 1944, près d'Angoulême.

Le Médecin-Capitaine Philippe BRIDOT Directeur du Service de Santé F. F. I. DE LA CREUSE



Adhérent de la première heure au mouvement « Libération » de la Creuse, le docteur Ph. Bridot (alias Vernon) a déployé à ce titre pendant deux ans une très grande activité clandestine, opérant dans sa propre clinique chirurgicale de La Souterraine, des gars du maquis qu'il allait parfois chercher lui-même. Et Dieu sait si les blessés ne manquaient pas dans une région où les actions de la résistance étaient quotidiennes : sabotages de la ligne de Paris, attentats, attaques, etc..., où chacun apportait son aide : cheminots, policiers, gendarmes, P. T. T. On savait qu'on pouvait trouver chez le docteur Bridot, dans une clinique toute moderne, les soins d'un chirurgien consommé, ancien interne des hôpitaux de Paris. A de nombreuses reprises, il avait été inquiété par la Gestapo, arrêté par la Milice. En juin, il nous avait fait part de ses pressentiments : « J'aurai bien du mal à aller jusqu'au bout », pensait-il, tant il était traqué.

C'est alors que lui fut proposé l'organisation du Service de Santé F. F. I. du département de la Creuse. Il répondit sur le champ à l'appel du général Koenig et fit une excellente besogne. Mais la Creuse connut bientôt un sort malheureux et toutes les excellentes dispositions prises s'évanouirent devant la répression du maquis menée par des colonnes blindées. Attaque irrésistible qui se porta d'abord sur le P. C. de Courson, puis le 17 juillet sur l'hôpital de Gioux, où le médecin-capitaine Bridot (Vernon) vient chercher refuge et procéder, de concert avec le major Forster à l'évacuation des blessés. Sous le feu de l'ennemi, il put mener à bien cette tâche et sauver ses hommes et

LES MÉDECINS F. F. I. à L'HONNEUR à RADIO-LIMOGES

Au cours de ses émissions quotidiennes consacrées à l'action des Forces Françaises Intérieures, le capitaine BALLE a parlé à Radio-Limoges, le samedi 4 novembre et le dimanche 5 novembre, à 7 h. 45, 13 h. 10 et 19 heures 30, des Médecins F. F. I. de la 5^e Région, notre 12^e Région actuelle.

Plus particulièrement, le capitaine BALLE a fait un vivant exposé de l'organisation du service de santé régional (c'est-à-dire, Indre, Creuse, Charente libre, Vienne libre, Haute-Vienne, Dordogne, Corrèze — avant la libération était même rajouté le Lot) où, sous l'impulsion du commandant SERGE (D^r SALESSE), du lieutenant-colonel BERGERON et du commandant GÉRARD (docteur FRUHLING), fut édifiée l'organisation sanitaire de cette importante région du Maquis. Il décrit également le dur labeur du commandant MISES (plus connu sous le nom du commandant JÉRÔME) et du commandant POISSY, pour l'édification des formations sanitaires en Haute-Vienne. Il fit une évocation très suggestive des difficultés rencontrées en Dordogne et raconta par exemple les multiples évacuations, parfois épiques, du Centre Chirurgical Claude SCHREIBER, qui dut changer à dix reprises de siège, avec parfois les Allemands à cinquante mètres à peine à ses trousses, et qui ne perdit jamais ni blessé, ni personnel, ni matériel. Il rendit hommage à l'héroïsme du docteur ZOZOL, du secteur Dordogne-Ouest, mort

son matériel. Pour lui, l'exode commence, un exode d'homme traqué qui devait s'achever si tragiquement. Un émouvant carnet de route, enterré et retrouvé par un de ses camarades en fixe les péripéties. Le terrain sur lequel s'était aventuré le médecin-capitaine Bridot était constamment patrouillé par les Allemands. Il lui fallut ruser, vivre dans les bois, où il passait les nuits sans nourriture ou presque, toujours sur le qui-vive, puis tenter une nouvelle étape. Hélas ! le 24 juillet, à l'aube, il tombait sous les balles allemandes, à Aulon, où son corps ne fut retrouvé, malgré les recherches, qu'après plusieurs semaines. Il est mort au champ d'honneur, pour reprendre le texte de sa citation posthume, en accomplissant son devoir de soldat et de médecin.

D^r Marcel BERGERON.

LES VOIX

A Armand Jacobowicz disparu.

Les voix qui déferlent en moi
Du fond des charniers ouverts
Voix d'amis perdus, traqués
Aux quatre coins de ce monde
Egrènement de prières,
Dans la crasse des ghettos,
Hurlements qui se déchirent
Aux ronces des barbelés.

Les voix qui déferlent en moi
De l'ombre de la misère,
Voix d'airain brisées, tordues,
Pleurs fondus dans la poussière
Ces voix sourdes, ces voix mor-
[tes
Crient dans la nuit vos souffran-
[ces

Livrent au sang vos secrets
Amis battus déchirés.
Torturés de n'importe où
Fusillés dans l'aube épars
Dans l'éternité encloses
Voix des murs, voix de la terre
Voix implorant l'avenir
Mais bien bas comme en prière
De peur que l'espoir s'écorche
Aux racines du présent

Roger DELBOS.

pour la France. Le capitaine BALLE rapporta aussi des épisodes des combats que menèrent, en Corrèze, le capitaine TOTY et ses camarades.

Citons deux passages de cette émission :

« ...Je regrette d'avoir à dire que sur tout le territoire de la XII^e Région, si quelques médecins militaires ont cependant osé passer aux Forces Françaises de l'Intérieur du matériel sanitaire en cachette, il n'y a eu aucun médecin militaire qui ait cru devoir rejoindre le Maquis, et cela même après le 6 juin quand le général DE GAULLE avait donné l'ordre formel à tous les officiers et sous-officiers d'active de rejoindre le Maquis.

« ...Vous verrez qu'il en a été des médecins comme de tous les autres Français ; c'est-à-dire que ces quatre années ont révélé des hommes d'une lâcheté imprévisible, mais aussi de parfaits héros, des hommes qui font honneur à leur métier et à leur pays. »

Pour clore le cycle d'émissions sur les Médecins des F. F. I., le capitaine BALLE fera très prochainement une émission consacrée au service de santé de l'Indre et de la Creuse.

Imprimerie, Société des Journaux et Publications du Centre, 18, rue Turgot, Limoges.

Le gérant :

Claude JAGOT-LACOUSSIERE