

Pr Gabriel RICHET

Ami lecteur, le texte qui suit est la transcription fidèle d'une interview donnée par Gabriel Richet. Nous l'avons à dessein gardé dans son style originel pour conserver la spontanéité des propos.

Je suis un homme qui a eu toujours beaucoup de chance. J'ai fait beaucoup de bêtises et d'une façon générale, le résultat en a été assez heureux. C'est tout ce que je peux vous dire. J'ai été très ardent durant la guerre en 39-40 et en 44-45 et un petit peu entre temps mais cela était un peu différent. J'ai été blessé, j'ai eu une balle qui est entrée en haut de la cuisse droite et qu'on a retrouvée contre la fémorale gauche, 60 centimètres de couture et 60 jours après, je remontais en ligne ! Voilà c'est vous dire que j'ai un caractère qui est plutôt d'aventurier.

La Médecine ? Je ne sais pas pourquoi, mais quand j'étais en 1^{ère} - j'avais 16 ans-, un mardi matin ou je m'ennuyais avec le corrigé du thème latin, j'ai décidé que je ferai ma médecine ; c'était un mardi matin de février 1933. Bien entendu, il y avait le poids de mon nom, mon grand-père qui a été prix Nobel de Médecine ... il a eu une vingtaine de petits enfants et je suis le seul à avoir fait médecine.

Mon arrière-grand-père Alfred Richet a été médecin chef de la Salpêtrière entre 1840 et 1870 et professeur de chirurgie à la chaire de l'Hôtel Dieu à Paris, mon grand-père Charles Richet a été prix Nobel en 1913 pour la découverte en 1902 de l'anaphylaxie, mon père a été professeur à la Pitié.....

Voilà le lourd passé qui m'a peut être facilité les choses, mais qui a pesé très fortement sur mon comportement

...il n'y a rien à faire, vous pouvez tout faire, tout essayer... on ne se débarrasse pas de ses ancêtres.

Mon père et ma mère étaient tous les deux médecins, ils ont eu six enfants et je suis le seul à avoir fait médecine. Je crois que depuis ma naissance c'était inscrit, ça ne pouvait être que cela.

La Néphrologie? Je m'y suis engagé quand j'étais interne de Pasteur Valléry-Radot, à l'hôpital Broussais. Je n'y étais pas très heureux et j'ai suivi avec enthousiasme Jean Hamburger en 1951, dans une spécialité qui alors n'existait pas. Pourquoi voulez-vous qu'il y ait une spécialité quand il n'y a pas de traitement?

La néphrologie clinique est née, et bien née, quand il y a eu les francs tireurs qui se sont occupés du traitement de l'urémie aiguë, mais ils se trompaient ; ils ont mis tous leurs efforts dans l'urémie chronique qui était sans espoir.

Regardons le premier travail du hollandais Kolff paru en français dans la Presse

médicale en avril 1944, il ne mettait dans sa solution de dialyse que de l'eau et du chlorure de sodium... Le potassium ? Connais pas...! L'acide base ? Connais pas....! Mais lui et Alwall en Suède ont construit les premiers dialyseurs sans tenir compte initialement de la composition électrolytique du sang qui était parfaitement connue depuis longtemps. Cette erreur a fait redécouvrir la notion de *milieu intérieur*, de Claude Bernard et d'autres auteurs. Henri Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris dans les années 1925, aimait dire que « la Médecine en particulier est une science qui progresse plus par les erreurs corrigées que par les grandes découvertes ».

Les internes avaient fait une chanson, c'était en 1956, nous étions à Necker et les internes se sont fichus de la dialyse en disant dans leur chanson : «dans le rein artificiel, Gabriel pissait... ».

Voilà, je ne crois pas m'être exposé à cette erreur de modification intelligente du rein artificiel et du bain de dialyse !

La Médecine c'est fait pour soigner, alors si vous trouvez quelque chose que vous ne pouvez pas utiliser pour soigner, c'est très intéressant, mais il faut aller à la Faculté des lettres. Mais si vous voulez soigner, il faut connaître les bases biologiques pour mener une thérapeutique intelligente.

Quand nous sommes arrivés avec Jean Hamburger à Necker en janvier 1951, il faut se rappeler dans quel mépris était tenu l'équilibre hydro-électrolytique. On ne savait pas, et parfois on ne voulait pas savoir, que l'urée et les autres déchets azotés n'étaient pas une cause directe de la mort, mais qu'il fallait incriminer la rétention de potassium, magnifiquement démontrée par les travaux de Feltz et Ritter en 1881.

Vous n'avez jamais entendu parler de ces deux personnes, vous n'avez jamais lu leur livre de 300 pages... mais que voulez vous, je dois continuer mon éducation, et la vôtre en même temps !

Et pourquoi a-t-on découvert le potassium? Parce qu'il y a eu l'électrocardiogramme portable. J'ai connu l'électrocardiographe juste après la guerre presque intransportable en raison de son poids.

Et brusquement, après guerre, il y a eu des appareils portatifs à inscription directe au lit des malades. Une fois connue l'onde T pointue de l'hyperkaliémie, le traitement de l'insuffisance rénale aiguë a été transformé.

Donc c'est vous dire que, un il faut être spécialisé et deux, il faut avoir un esprit très ouvert.

Comment conserver un esprit très ouvert ?

Et bien c'est extrêmement simple, avec l'idée de chercher le fait qui surprend.

Le droit de s'étonner, le devoir de s'étonner, de trouver une anomalie dans le raisonnement, un raisonnement accepté par tout le monde.... Je crois que cette idée-là

est toujours présente dans notre spécialité, et quand notre spécialité évolue, il faut avoir le courage, que je n'ai pas, d'abandonner toutes les connaissances qui vous ont frappé, les problèmes irrésolus auxquels vous vous êtes heurté, et il faut savoir faire au bon moment le bon choix pour résoudre un problème.

Je me rappelle un de mes patrons que je ne citerai pas... Quand j'ai commencé à exercer en '45, au retour de la guerre, nous faisons tous de la médecine interne et il y avait les personnes un peu âgées qui avaient mal au dos auxquelles on donnait de grosses doses de vitamine D et ça marchait.

Ce patron me disait : « Je donne ça et je ne sais pas comment cela agit, mais empiriquement ça marche » et peut être que, ensuite on a appris que ces malades avaient une ostéopathie d'origine urémique avec tout ce que cela comporte et que le rein était un organe qui transformait la vitamine D...

Comme vous le savez, toute l'école de Paris s'est attaquée à l'urémie aigüe, une fois qu'on a compris qu'elle s'interposait entre une infection grave et la mort, mais qu'elle pouvait guérir comme de rares urémies toxiques par le mercure, par le sublimé ou par le tétrachlorure de carbone.

Quel encouragement !... Des malades pouvaient donc guérir et non pas mourir parce quand on n'avait pas pu les maintenir en vie pendant deux semaines, faute de maîtriser les désordres biochimiques.

La pensée médicale en a été transformée.

La première tentative réussie faite en France en 1947, a été l'exsanguino-transfusion, sept ou huit litres de sang, ce fut l'œuvre de Paul Milliez dans le service de Pasteur Vallery Radot.

La méthode n'a pas duré, en raison des difficultés à se procurer les litres de sang, isogroupes qu'elle exigeait et que son efficacité était médiocre.

Ensuite il y a eu la dialyse péritonéale.

Les premières dialyses péritonéales, je ne sais pas où elles ont été faites ; mais en France elles ont débuté dès '47, à l'Hôtel Dieu avec Pierre Tanret qui a surmonté toutes les difficultés techniques avec les moyens de l'époque. La place de la dialyse péritonéale est toujours présente.

La dialyse péritonéale s'est heureusement développée à l'Hôtel Dieu, tandis qu'à Necker, nous nous acharnions à la perfusion intestinale par une sonde naso-jéjunale avec évacuation par les voies naturelles.

Il y a une malade dont je me souviens : entrée à Necker le 6 juin 1951, mère de quatre enfants. La naissance de son dernier datant de quelques jours, elle avait une grosse infection pelvienne, guérie par la pénicilline, mais elle restait anurique.

Mais alors nous avons eu deux chances: c'est d'avoir une robuste paysanne, j'allais dire

un soldat de Verdun, ou son équivalent, et qu'elle ait eu un mari qui s'est conduit comme une brute. On lui pose une sonde jéjunale qu'elle arrache au bout de 24 heures. Son mari vient la voir à la fin de la matinée et Hamburger lui dit : « nous sommes désolés, mais votre femme vient d'arracher sa sonde, c'est la seule chance qu'elle ait pour survivre ». Le mari dit : « Bon » et va voir sa femme toute proche et lui dit « Toi, fille de garce, tu m'as coûté très cher pour te transporter en ambulance de chez nous (Blois) à Paris, et tu arraches ta sonde, et qu'est-ce que je vais faire avec les 4 enfants ? » et il lui flanque un « aller-retour » comme ma mère m'en a donné un certain nombre. Elle a gardé sa sonde de perfusion 11 jours et elle a guéri.

Je peux vous dire que l'étude de ce cas, publié à la Société Médicale des Hôpitaux, nous a appris beaucoup sur l'insuffisance rénale aiguë spontanément réversible. Voilà... Non seulement elle a gardé la vie, mais a aussi gardé une mère à ses enfants, une épouse à son mari, dont elle admirait la vigueur morale et physique.

Son cas a servi de référence : il m'a permis de décrire la place de l'eau endogène dans l'insuffisance rénale aiguë. Pour 1g de graisse détruite, l'organisme élabore 1g d'eau. Si celui-ci n'est pas évacué comme le font les nouveaux reins artificiels avec ultrafiltration, cette surcharge en eau, est dangereuse. Un phénomène à étudier ?..... D'autant plus qu'il peut atteindre 10 kg, sans œdème ni hypertension. Pourquoi ?

Il y avait des choses très compliquées, la dialyse intestinale, la dialyse péritonéale et le rein artificiel ; on est passé de la biologie aux lois physico-chimiques tout-à-fait simples : ça s'appelle la dialyse, décrite par Dutrochet en 1825, c'est célèbre mais on a oublié,.... On a oublié qu'il y a eu des gens qui ont travaillé avant la fin de la 2^{ème} guerre mondiale.

En Europe, les méthodes d'épuration extra-rénale pour traiter les urémies aiguës se sont rapidement développées..... Il n'en a pas été de même aux Etats-Unis. Le rein artificiel a eu un protagoniste, Merrill, de Boston, qui l'a fait bien marcher. Peu d'autres médecins s'intéressaient à la dialyse. L'opinion dominante était que le traitement conservateur était la seule issue thérapeutique. Il évitait tous les ennuis des premiers reins artificiels ainsi que la dialyse péritonéale longtemps exclue des cas chirurgicaux qui intéressent l'abdomen.

En 1954 j'étais à New York et un universitaire haut placé me dit « Qu'êtes vous êtes allé faire à Boston pour apprendre à manier le rein artificiel de Kolff Merrill alors qu'à New York nous n'en avons pas besoin ? Ils se croient tout permis à Boston car ils sont les descendants du bateau qui a amené les puritains à Boston. » Pourquoi ? La raison dominante était que ces malades-là étaient hospitalisés dans des services de médecine interne, qui voyaient un cas d'anurie tous les 6 mois, tandis que Merrill drainait les anuries envoyées par avion de tous les Etats-Unis.

A ce moment là, les insuffisances rénales aiguës étaient envoyées à Necker et à l'Hôtel Dieu de toute la France, d'Algérie et même du Tchad, grâce au Service de Santé militaire

et à la Sécurité Sociale qui prenaient en charge traitement et transports, alors que les hôpitaux privés en Amérique avaient beaucoup de difficultés pour se faire rembourser des actes hors nomenclature.

C'est amusant de voir comment la politique sociale de notre Pays est intervenue pour étendre l'application de ce traitement, très rapidement à Lyon et à Toulouse, puis partout. Nous avons acquis une très large expérience médicale du traitement de ces malades. En 1957, c'est à dire 3 ans après, je suis allé en Amérique du Sud pour installer à Sao Paulo le 1^{er} rein artificiel. La même année, j'ai participé à une réunion organisée par l'armée américaine pour le traitement de l'insuffisance rénale aigüe. Nous n'étions que deux européens, l'un qui méprisait le rein artificiel, la dialyse, et moi qui la prônais ; ma statistique dépassait très largement celles des collègues américains.

Le même problème émergera au moment du développement de la biopsie rénale. Pour passer à l'application d'une nouvelle exploration, d'un nouveau traitement, il faut regrouper les malades de façon à ce que ceux qui s'y intéressent, sachent immédiatement interpréter les résultats pour pousser plus loin.

Le traitement de l'insuffisance rénale aigüe par la dialyse, a été le fondement de la réanimation médicale.

Au retour des vacances 1952, Hamburger et moi-même avons fait le bilan de ce qui s'était passé dans ces mois passés où nous avons été seuls dans le service.

Dans cet entretien est née l'idée qu'il y avait d'autres pathologies que celles du rein où la cause de la mort était réversible et qu'il fallait donc assurer la survie en assurant temporairement la suppléance des fonctions vitales déficientes.

De là est née l'idée de Réanimation médicale, titre du premier livre au monde sur ce thème publié en 1954 et signé Jean Hamburger, Gabriel Richet et Jean Crossier.

Mais pouvions nous être efficaces en nous consacrant à deux secteurs, Réanimation et Néphrologie ?

J. Hamburger me posa la question, je répondis « Pourquoi pas ? Continuez ».

Nous en avons reparlé quelques jours après et à juste titre il dit : « Nous abandonnons, parce qu'il ne faut jamais avoir deux objectifs dans la vie ». Un vieux lieutenant au Commando ne m'avait-il pas dit : « Si tu as deux objectifs, tu n'en atteindras aucun et tu as beaucoup de chance d'être tué. Pas de deuxième objectif ! ».

Passons à la biopsie rénale.

A la fin des années 50, la biopsie rénale s'est développée un petit peu partout en même temps, mais rarement à Necker.

Un néphrologue de Sienne de passage à Necker a procédé à une biopsie rénale; puis Claus Brun de Copenhague, auteur d'un article sur la biopsie rénale, est venu huit jours dans le service. Enfin, l'équipe de Kark (Cook County Hospital), puis Muehrcke et Pollak avaient publié des séries significatives de biopsies rénales, dans l'indifférence totale.

Ayant assisté à cette présentation, j'en ai parlé avec Hamburger, et nous avons décidé de l'appliquer pour analyser les lésions initiales de toutes les néphrites du service.

Le microscope électronique faisait son apparition en clinique, ce qui nous permit d'identifier toutes les cellules des glomérules lésés et de redécouvrir les cellules mésangiales et leurs lésions. Ainsi, dès '55-'56, nous avons établi le catalogue des lésions rénales initiales.

Que de difficultés à surmonter ! En '54-'55 il n'y avait qu'un seul microscope électronique à Paris pour la clinique, qui était entre les mains des cancérologues au Collège de France.

Alors mon ami Paul Michielsen de Louvain obtint d'avoir une session de minuit à 4 heures du matin.

Les pathologistes et les cliniciens ne parlent pas toujours la même langue. Pour surmonter cet obstacle il fallait un langage commun.

Ce fut facile car nous regardions les biopsies tous ensemble, cliniciens et pathologistes. Si le pathologiste disait: « Je trouve tel type de lésions »; le clinicien répondait : « Tel type ? » et au bout de quelques semaines, nous avons tous parlé un langage commun, établissant une nomenclature morphologique définie

Ainsi, Necker a imposé la biopsie rénale et est devenu le temple de l'anatomie pathologique du rein. Et bien entendu, c'est parti dans le monde entier, parce que l'autorité morale de Hamburger suffisait. La biopsie rénale s'est répandue dans le monde néphrologique, on a pu commencer à étudier non plus l'urémie mais les différentes pathologies morphologiques du rein tout au long de leur évolution.

L'histoire a sa place dans la médecine d'aujourd'hui. Certes on peut ignorer les anciennes étapes de la connaissance médicale mais on ne peut négliger pourquoi et comment sont nés les progrès récents. À votre avis, le photomètre de flamme et le pH-mètre, ça date de quand ?

Ils n'existaient pas quand la néphrologie de Necker est née mais dans le service tout nouveau moyen d'exploration de l'équilibre électrolytique sans pHmètre était aussitôt mis en œuvre.

Terminons maintenant par l'affaire Marius Renard.

Marius Renard ça ne vous dit rien.

Le 18 décembre 1952 Marius Renard, jeune couvreur dans un petit village du nord de Paris, tombe d'un toit sur son rein droit, qui éclate, et l'abondance de l'hématome conduit à l'ablation. Mais ce malheureux enfant n'avait plus qu'un seul rein fonctionnel.

La mère se propose de lui donner un de ses reins parce qu'elle avait vu un film où il y avait soit disant une greffe de rein qui était faite.

La mère a presque tous les sous-groupes identiques à ceux de son fils. La transplantation a lieu le 25 décembre au soir à l'hôpital Necker.

Quelques jours après, la nouvelle se répand dans la presse, nous verrons la suite ; le rein fonctionne mais la filtration glomérulaire n'a jamais été très satisfaisante.

La clairance de l'urée passant de 25ml à 18ml le 20^{ème} jour après la greffe, juste avant que l'anurie ne survienne, brutale, précédant la mort de 5 jours.

Trois conclusions :

On ne connaissait pas encore les groupes HLA, Dausset commençant tout juste ses premiers travaux.

Mais il y avait des petites différences dans les sous-groupes, créant l'accident d'incompatibilité transfusionnelle. Le rejet avait été annoncé par de petits signes : le rein avait légèrement augmenté de volume, la pression artérielle s'était élevée d'un demi centimètre de mercure, du 19^{ème} au 20^{ème} jour. Enfin, était apparue une trace d'albumine dans les urines. Cette sémiologie conduit depuis au diagnostic de rejet.

Enfin, une répercussion sociale mondiale ! L'enterrement de Marius dans son petit village a été marqué par 50 mètres de gerbes de fleurs venant du monde entier. Du monde entier, des gens ont envoyé des télégrammes, disant être prêts à donner un rein pour qu'on tente une deuxième greffe à Marius. Bref, l'opinion publique mondiale a dit à la Médecine : « Trouvez la solution pour les greffes ».

C'est toujours à partir de cas uniques, bien observés, faisant réfléchir, que jaillissent les grandes étapes de la Médecine.

L'Assistance Publique a immédiatement inscrit la Néphrologie de Necker dans ses projets de modernisation. La surface de nos laboratoires est passée de 40 m² à 100 m². Sept ans après, en '59, il y a eu la transplantation entre non jumeaux chez Merrill, suivie par celle de Jean Hamburger. A ce moment là je n'étais que témoin et non plus acteur.

Voilà donc l'extraordinaire bricolage... qui a mené Necker au succès. Il fallait des esprits instruits, sans que cela n'ait démoli la réflexion. Comme écrit Roger Martin du Gard dans Les Thibault : « Dépêchons nous de ne pas être certains... ». Mais ne vous laissez pas séduire par le vieux bonhomme que je suis, lisez plutôt les 3000 pages des Thibault.

L'équipe de Necker avait des amitiés dans tous les pays d'Europe et aux Etats-Unis comme au Canada, bien entendu.

Les Sociétés de Néphrologie sont nées en Europe occidentale, Angleterre, Allemagne, Italie, Espagne mais la Francophonie a joué un rôle majeur.

Il était certain aussi que la néphrologie avait un destin international, même si cette notion n'était pas toujours partagée outre Atlantique.

Jean Hamburger, fort de la réputation qui l'auréolait, a clairement proclamé à un dîner où nous étions, Jean Cottet et moi : « Il faut faire un congrès international de néphrologie ». Jean Cottet était un grand ami de Jean Hamburger. Médecin à Evian, ville d'eau bien connue de tous les lithiasiques, sa position lui permettait d'obtenir le soutien matériel de la Société des Eaux, ce qui fut fait dans le mois suivant. Le congrès se tiendra

à Genève, ville universitaire, et à Evian de façon à lui conférer une étiquette internationale dans les faits et pas seulement dans les termes.

Il avait deux présidents : Jean Hamburger et René Mach, qui était professeur réputé de médecine interne à Genève,

Ce congrès fut tenu les 1, 2 et 3 septembre 1960, réunissant 400 personnes dont un certain nombre d'Américains célèbres dans notre discipline. Ceux-ci ont été extrêmement surpris de l'intérêt donné à la Néphrologie et pas à la médecine de ce côté de l'Atlantique. A cette époque-là, il n'y avait pas une Société de Néphrologie hors d'Europe. Aux Etats-Unis, il a fallu l'autorité de Merrill pour que naisse une société de néphrologie. On sait l'importance qu'y a prise la néphrologie dès 1960, succédant à la magnifique découverte de Scribner, permettant d'utiliser le rein artificiel pas seulement dans l'urémie aiguë.

Scribner y a présenté ses premiers succès mais nombreux étaient ceux qui disaient : « Vos résultats datent de trois mois ; on verra dans un an ! »

Devant cette audience internationale, il fut aussi question des microponctions tubulaires. Plus importante fut la redécouverte à la fois par Michielsen et par Palade, des cellules glomérulaires mésangiales.

L'école de Toulouse a fait mouche en démontrant la persistance d'un flux sanguin rénal dans l'anurie régressive et l'absence d'augmentation du flux sanguin rénal au moment de la reprise de la diurèse.

Secrétaire général du Congrès, je me suis occupé de toute la besogne intellectuelle et matérielle, les deux se mélangeant quelquefois....ainsi, j'ai placé un médecin anglais -de Wardener - entre deux professeurs japonais. Or il avait été prisonnier de guerre plusieurs années en Malaisie ! Que de sottises en voulant faire trop bien !

Parlons de l'école de Tenon. Quand je suis arrivé dans cet Hôpital, nous n'avions rien, aucun moyen biologique. Je me retrouvais dans la même situation qu'Hamburger arrivant en 1951 à Necker. Mais pendant mes 10 années de rêve à ses côtés, j'avais accompagné Jean Hamburger, c'est à dire que j'avais tiré les leçons de nos succès et de nos échecs pour donner une impulsion à la discipline.

Dès que nous sommes arrivés à Tenon, nous avons commencé, Raymond Ardaillou, Claude Amiel et moi, à monter quelques investigations cliniques. Elles n'ont pas donné de suite, parce que nous étions inconnus et que cela a été publié en Français ; mais bon c'est comme cela.

Mais, quand même, la vie intellectuelle de Tenon s'est développée. La réforme Debré et quelques circonstances particulières, nous ont permis d'avoir des locaux de laboratoire. Nous avons donc pu naître à un moment où il n'y avait que Necker d'autant plus que l'Hôtel Dieu, où se trouvait le Professeur Dérot à ce moment là, s'occupait de plus en plus du diabète, et de moins en moins du rein, ce qui a permis une quasi absence de

concurrence que je regrettais, parce que la concurrence c'est une émulation.

Quand je pense que par exemple à Tenon, il y a eu une anatomie pathologique qui a été connue par sa précision, par sa rapidité d'adaptation à des nouvelles techniques. Elle était dirigée par Liliane Morel Maroger, et quand elle est venue me voir pour avoir une place d'externe (externe c'est une étudiante en médecine de 4^{ème} année), elle était mère de trois enfants, dont deux jumeaux, et je crois que l'ainé avait deux ans et demi. En outre, elle n'avait pas encore son diplôme d'anatomie pathologique, et elle avait une paye d'externe c'est à dire pratiquement rien du tout, et quand je pense qu'elle a accepté de se lancer...

Quand je pense que dans une maison où Ardaillou et Amiel m'ont suivi contre toute logique, alors qu'il n'y avait aucun espoir de faire à Tenon un travail concret... Ensuite, d'autres sont passés et se sont installés en province ou à l'étranger. Tenon a survécu et continue à se développer.

Choisir la Médecine ? Je dirais à un étudiant qui me poserait la question : « Choisis une branche que tu aimes ; pour l'aimer, il faut la connaître, donc avoir mesuré son passé et quel peut être son avenir intellectuel, il faut mener en même temps un travail biologique créateur, mais animé, fécondé par une culture médicale »

Nous sommes médecins pour soigner, un point c'est tout.

Ce qu'il y a de profondément idiot dans notre métier de médecin, est de croire que parce qu'on est derrière un universitaire, qui a de la puissance, on devient un monsieur important, illusion fatale...

Est-ce qu'il y a de la poésie dans notre métier et où ?

Si vous voulez, ce n'est pas de la poésie, sauf si il y a une pensée exprimée avec la délicatesse ou la force que l'on souhaite.

Mais je sais qu'une Médecine sans cœur ça n'existe pas.

Je vous dirais qu'une fois, j'étais interne de première année en juillet ou août '39, j'étais en chirurgie, celui qui devait opérer me dit au bout de trois ou quatre minutes : « Zut ; il est trop tard, je te laisse finir ».... Je n'avais jamais fait cette opération.

Mon malade n'est pas mort, peut être qu'il a été réformé, car nous étions juste avant la guerre, ce qui lui a peut être sauvé la vie, mais ce que je peux vous dire c'est que j'en rêve encore dans les nuits d'insomnie.

La médecine d'ordinateur, ce n'est pas possible, c'est comme la justice, pourquoi y-a-t-il encore des juges et pas seulement les ordinateurs, c'est parce qu'il y a des éléments que vous ne pouvez pas mettre dans une machine qui l'emportent sur tous les autres arguments.

Un médecin est un homme qui décide ; quand il écrit, il écrit une ordonnance, c'est à dire qu'il prend ses responsabilités. Est-ce qu'on peut ordonner et décider sans tenir compte du cœur ?

Malheureusement je sais que beaucoup ne partagent pas mon idée, mais c'est comme

ça.....

Je suis comme la reine de Hollande dont la devise est : « Je maintiendrai ».

We would like to thank Dr. Quentin Meulders and Mrs. Isabelle Mionne for their careful transcription of Prof Richet's interview.