

Mes séjours à Saint-Sauveur de 1947 à 1951

Dr Alain GÉRARD †

Présence intermittente, l'essentiel de ma formation hospitalière ayant été effectuée à l'hôpital de la Charité. Néanmoins j'ai été affecté dans des services de cet établissement, à des titres divers, de 1947 à 1951 : stagiaire de l'année et faisant fonction d'externe.

À cette époque, les étudiants en médecine sont affectés dès leur première année dans des services hospitaliers où ils sont occupés de façons diverses : cours, leçons cliniques au lit du malade (rarement) aide apportée aux externes titulaires (parfois).

Au cours du semestre d'été de l'année universitaire 1946-1947 (de février à juin 1947) je me retrouve attaché au service de « clinique médicale adultes de l'hôpital Saint-Sauveur » dirigé par le professeur Édouard Doumer. Ce maître éminent, une des sommités de la cardiologie française, consacrait une matinée par semaine à une « leçon clinique ».

À cette occasion tout le personnel médical du service est rassemblé dans une « salle de cours » provisoirement et sommairement aménagée dans le vestibule d'entrée du service. Les membres du service sont assis face aux étudiants pendant que le « patron » procède à la présentation « d'un cas clinique » dont l'autorisation a été préalablement sollicitée.

Le patient, ou la patiente, regagne ensuite son lit pendant que le professeur développe pendant une heure, une heure et demie les commentaires préparés à son propos et soigneusement notés par les auditeurs. À vrai dire, cette leçon qui s'inscrit dans la grande tradition de l'enseignement médical du XIX^e siècle, s'adresse plus aux collaborateurs du service qu'aux jeunes étudiants, souvent dépassés par des considérations savantes hors de leur portée.

Les autres matinées nous sommes pris en charge par l'un des assistants du professeur Doumer. Le groupe dont je fais partie est dirigé par le docteur Belbenoit, chef de clinique qui se donne beaucoup de mal pour nous inculquer, avec une bienveillante autorité, les principes élémentaires de l'art médical.



– Le docteur Gérard

Contrairement à une opinion trop souvent répétée ces stages imposés aux étudiants débutants étaient très utiles. Évidemment ceux qui ne voulaient rien faire n'en tiraient aucun profit, mais ceux qui le désiraient pouvaient glaner les éléments essentiels d'une formation élémentaire solide. Ainsi que l'exprimait volontiers l'excellent pédagogue qu'était le professeur Linquette : « l'essentiel était de s'imprégner d'une ambiance médicale ».

Cette imprégnation pouvait être utilement complétée en fréquentant et aidant un des externes officiellement en fonction dans une des salles. J'ai pu le faire avec profit dans la salle d'hospitalisation des femmes, la salle Lemoine (du nom d'un ancien chef du service de médecine adultes) située au premier étage et qui est une des dernières subsistant dans le bâtiment épargné par la démolition sauvage de l'hôpital Saint-Sauveur en 1960.

Nous n'en étions pas encore là et le problème pour moi était de renforcer une préparation au concours d'externat pendant l'été 1947. Ma fréquentation assidue de l'hôpital m'avait fait entrer en relation avec un externe du service de chirurgie adultes, Georges Soots qui m'a présenté à ses supérieurs. Je fus officiellement agréé pour le remplacer pendant le mois d'août. C'est ainsi que, très intimidé, je pris la responsabilité de dix lits de femmes dans la salle

« Saint Augustin bis » dans le service du très admiré et très redouté professeur Émile Delannoy. Les sœurs, alors partout présentes, mes camarades plus âgés, l'interne responsable de la salle m'initiaient avec efficacité aux éléments de la pratique chirurgicale.

Le 31 août, à la fin de mon stage je savais prendre une observation correctement, faire une intraveineuse et un pansement selon les règles, donner une anesthésie avec l'appareillage sommaire encore en usage (marque d'Ombredane), tenir un écarteur au cours d'une aide opératoire.

Surtout j'avais beaucoup progressé dans l'art de la « séméiologie », c'est à dire l'art de rechercher les signes cliniques, base de tout diagnostic. Enfin je connaissais l'anatomie féminine de façon beaucoup plus vivante que par les traités d'anatomie ou les dissections de cadavres. Contrairement à ce qu' imagine le bon peuple, la découverte de l'anatomie sur le vivant est souvent loin d'être plaisante... mais indispensable.

1947 : Externe titulaire

En septembre 1947 je passe avec succès les épreuves du concours d'externat. Mon rang de classement me permet de choisir le service du professeur Delannoy comme je le désirais.

Cette fois j'assume la responsabilité de dix lits dans la grande salle d'hospitalisation des hommes à laquelle l'administration a donné le nom d'un ancien professeur de chirurgie Henri Folet qui fut aussi un des premiers doyens de la faculté de médecine.

J'ai l'occasion d'approcher de près le chef de service actuel. En effet monsieur Delannoy opérait souvent en début de matinée dans un pavillon de clinique privée proche des bâtiments d'hospitalisation et dépendant de l'administration. Il téléphonait un peu avant huit heures trente et demandait à la sœur de lui envoyer un externe pour l'aider. Comme j'avais l'habitude d'arriver tôt je fus assez souvent désigné. Les premières fois j'étais absolument terrorisé à l'idée d'être seul aide du Patron.

La sœur me rassurait en affirmant que tout se passerait bien. De toute façon il n'était pas possible de refuser l'invitation pressante du chef de service qui concluait sa demande téléphonique par un vigoureux « et vous me l'envoyez au trot ! »

Effectivement les choses se passaient bien : monsieur Delannoy était un patron exigeant mais surtout un excellent pédagogue qui adaptait ses remarques

et conseils au degré de savoir de son vis-à-vis. Le reproche maximum que je me sois attiré fut : « Ne tirez pas si fort, c'est de la viande ! »

Ce à quoi je ne m'attendais nullement fut la gratification importante qu'il m'a donnée au hasard d'une rencontre dans un couloir de service, vers la fin de mon semestre de fonction. Il me tendit les billets tirés de son portefeuille avec ces simples mots : « Prenez ceci avec mes remerciements. Cela pourra toujours vous être utile. » Il n'avait pas tort.

Les externes ne touchaient pas de salaire, mais une indemnité en fonction du nombre de vacations effectuées. Le premier geste à faire en arrivant le matin était de signer un registre de présence disposé près du bureau des entrées. Ce registre était retiré à neuf heures au plus tard. L'indemnité était versée mensuellement en liquide à la trésorerie de l'administration des hospices rue de la Barre. Les vacances n'étaient pas payées au titulaire du poste mais à son remplaçant. Nous ne songions pas à protester contre cette disposition car nous étions conscients de l'intérêt présenté par nos fonctions pour l'apprentissage de notre métier.

Dans le service de chirurgie notre temps était partagé entre la présence en salle auprès des malades et l'obligation d'accompagner ceux-ci en salle d'opération. En salle nous devions examiner les entrants, rédiger et tenir à jour les observations ; procéder aux prises de sang, veiller à l'exécution des examens complémentaires. Nous partagions avec les sœurs augustines la responsabilité des pansements, la surveillance des plâtres.

En salle d'opération, nous pouvions être requis pour donner l'anesthésie à notre malade ou pour aider en second, voire un troisième, dans certains cas. Nous devions veiller à la mise en place et à l'exécution des consignes post-opératoires.

L'ambiance de la salle d'opération, bien que celle-ci ait été modernisée vers 1930, était plus proche de ce qui se passait au XIX^e siècle que de ce que les chirurgiens connaissent maintenant. D'abord il y avait deux tables d'opération dans la même salle. Les conditions de pré-anesthésie étaient sommaires et le futur opéré arrivait à peu près conscient sur la table d'opération où il était entravé pour prévenir tout risque de chute. Il voyait le chirurgien et ses aides se préparer à l'acte opératoire, se laver les mains et revêtir les vêtements stériles.

Pendant ce temps le responsable de l'anesthésie attendait assis sur un haut tabouret près de la tête du patient, le masque à anesthésie à la main, l'injonction de l'opérateur : « allez-y mon vieux ! »

Quand le patron opérait, le rituel se rapprochait plus de l'ambiance religieuse avec un silence qui n'était troublé que par les ordres ou les remarques du chef de service. Quand un incident tel que la rupture d'un fil de suture ou le mauvais fonctionnement d'un instrument survenait Émile Delannoy avait coutume d'incriminer les forces célestes : « Ma sœur ! Encore un coup de la divine Providence qui fait tomber les crayons sur la mine fraîchement taillée et les tartines du côté beurré ! » Ce qui lui attirait la réponse attendue : « Monsieur, ne dîtes pas des horreurs pareilles ou vous n'irez pas au ciel ! — J'espère bien, pour vous y retrouver ! »

Le dialogue en restait habituellement là, mais même s'il allait plus loin les deux antagonistes se réconciliaient à la fin de l'intervention et la sœur ne manquait pas de « bouchonner » le patron en sueur, de la tête aux pieds, avec un coton cardé imbibé d'une eau de Cologne qui lui était réservée.

Un autre moment important était le « tour » de service auquel le patron procédait au moins une fois par semaine, entouré de l'ensemble de son équipe. Tous les patients méritaient un arrêt soit sommaire soit prolongé. Le patron pouvait en examiner certains à fond et il lui arrivait de déceler tel signe ayant échappé ce qui entraînait un interrogatoire serré du responsable. D'ailleurs n'importe lequel de ceux qui suivaient le tour pouvait se faire interroger, la difficulté des questions étant choisie en fonction de leur ancienneté, louanges ou remarques ironiques étaient distribuées avec impartialité.

Le professeur Delannoy faisait également preuve de ses qualités d'enseignant dans ses leçons cliniques auxquelles il procédait très régulièrement. Il s'agissait d'un grand moment qui se déroulait dans une modeste salle de cours reléguée au fond d'une des cours de l'hôpital. Seuls les externes étaient tenus, outre les stagiaires évidemment, d'assister à cette leçon au cours de laquelle le professeur, majestueusement drapé dans la grande gandoura blanche dont il aimait se revêtir, procédait à l'interrogatoire d'un malade qu'il avait soigneusement sélectionné. Il le faisait ensuite examiner par un des stagiaires, corrigeant erreurs ou omissions, en expliquant très minutieusement la manière correcte de procéder.

Ce n'est qu'après avoir fortement insisté sur ces données élémentaires mais fondamentales que l'orateur abordait les questions théoriques et thérapeutiques toujours en insistant sur les points essentiels. Je conserve un souvenir très admiratif de cet enseignement si bien adapté aux besoins réels des étudiants.

Le semestre passé dans le service de chirurgie adultes fut pour moi très formateur et j'en conserve la meilleure mémoire, mais la charge de travail était

importante et nuisait au travail de faculté. On quittait rarement le service avant treize heures et parfois nettement plus tard. Or les cours de faculté reprenaient à quatorze heures. Il était alors difficile de combiner ces horaires avec les possibilités de repas accessibles aux étudiants. Aussi je décidais de passer les six mois suivants dans un service plus calme et plus compatible avec l'assistance aux cours et surtout la préparation du concours d'internat.

C'est en fonction de ces considérations que j'ai choisi de passer le semestre suivant dans le service de chirurgie infantile dirigé par le professeur Pierre Ingelrans. Malgré l'obligation d'une présence aussi matinale que dans les autres services, la charge de travail y était beaucoup plus légère : je n'étais responsable que de six lits dont deux étaient souvent occupés pendant de longues semaines par des petits malades immobilisés dans des appareils plâtrés nécessitant, certes, une attentive surveillance quotidienne mais qui consommait moins de temps que celui consacré à distraire les jeunes patients.

Il y avait également la nécessité d'accompagner le chef de service au sanatorium de Zuydcoote, dont il était le chirurgien attitré. Suivant les programmes opératoires, monsieur Ingelrans emmenait pour une journée complète, un ou deux chefs de clinique et un ou deux externes pour des séances chirurgicales qui, pour nous, constituaient plus une distraction qu'une charge, avec en prime un repas de qualité, fort apprécié en 1948.

Comme cette obligation n'intervenait, compte tenu des collaborateurs disponibles, qu'au maximum une fois toutes les six semaines elle ne perturbait pas de façon sensible le suivi des cours de faculté. Nous disposions de suffisamment de temps libre dans le service pour procéder aux opérations de rattrapage ou de révision auxquelles nous désirions nous livrer mes collègues et moi-même.

Le service de chirurgie infantile était situé à l'extrémité est de l'hôpital Saint-Sauveur, à proximité du reste imposant de la Noble Tour, témoignage intéressant des ruines de la fortification de Lille au xv^e siècle. La vaste salle voûtée de cet édifice, aisément accessible, était utilisée, faute de place ailleurs, pour déposer les archives des services d'hospitalisation. Les mauvaises langues qui ne manquent jamais même dans un hôpital, prétendaient que l'administration avait choisi cette solution en raison de l'humidité qui assurait, par la destruction des documents, un prompt renouvellement de la place disponible. . . Réflexion faite, je me demande si cette affirmation osée, ne correspondait pas à la réalité.



– Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, année 1948, Professeur E. Delannoy. M. Gérard est le 2^e du 2^e rang en partant de la gauche. (photographie CAYEZ, 83, Rue Nationale, Lille)

1948 : Externe en médecine

Après une année passée dans des services chirurgicaux dans lesquels j'avais amplement moissonné des connaissances utiles je désirais poursuivre mon parcours initiatique dans des services médicaux et choisis de retourner dans le service du professeur Doumer que j'avais connu comme simple stagiaire. Je fus affecté avec trois autres externes au secteur hospitalisation « hommes » lequel comportaient trois salles dénommées Saint-Louis 1, 2 et 3. La grande salle Saint-Louis 1 contenait vingt lits dans lesquels étaient hospitalisés les malades réputés les plus « intéressants ». Les deux salles suivantes contenant chacune dix lits hébergeaient des cas jugés moins passionnants, en particulier les malades chroniques de la troisième salle. La rumeur publique poursuivait la série et baptisait la morgue du surnom Saint-Louis 4 !

Les malades ignoraient bien entendu ces différences d'affectation qui avaient cependant des conséquences pratiques notables. La salle 1 voyait plus souvent et plus longtemps le patron. Les deux externes des salles 2 et 3 (dont j'étais) devaient faire preuve de plus d'initiative ; ils avaient le droit, leur travail achevé de venir écouter l'enseignement, toujours fort intéressant, du professeur Doumer.

Que les bonnes âmes se rassurent les malades des salles 2 et 3 avaient droit aux mêmes garanties de soins que les autres : interne, chef de clinique, agrégé étaient là pour contrôler le travail des externes, donner les indications nécessaires pour les examens à pratiquer, prescrire les traitements et en suivre l'application.

Le rituel de la leçon clinique professorale que j'avais eu comme stagiaire, continue sans changement sauf pour moi : désormais j'y assiste avec l'équipe médicale, face aux étudiants. Lorsque le cas clinique choisi pour la présentation est un de « mes » malades je dois m'assurer que l'observation est impeccablement rédigée et tenue à jour car elle est minutieusement étudiée par le patron !

Je découvre de nouvelles activités. Parmi les plus désagréables, se situe l'autopsie qui est presque toujours demandée lorsque la cause du décès n'apparaît pas évidente. Le geste est de la responsabilité de l'interne, aidé de l'externe qui s'est occupé du patient. Le plus souvent le patron assiste, au moins en partie, à cette cérémonie funèbre et commente les constatations de manière à en tirer un enseignement précis. Il est regrettable que l'on ait renoncé, pour des raisons que je n'ai pas à commenter ici, à cette pratique que certains qualifient à juste titre de « confessionnal des médecins ».

Précisons que le règlement prévoyait que les familles ne pouvaient pas s'opposer à la pratique de l'autopsie lorsque la demande en était faite dans les formes légales, mais que les membres des religions juive et islamique ne devaient en aucun cas être soumis à la pratique de l'autopsie. Enfin le tout devait être conduit de façon à ce que la sensibilité des familles ne soient en aucun cas heurtée. La sœur responsable du service de la morgue veillait avec un soin minutieux à la présentation du corps après la fin de l'examen nécropsique.

Une autre pratique nouvelle pour moi, et cette fois nettement moins traumatisante était celle de l'examen électrique du cœur ou électrocardiographie (E.C.G.). Cette méthode d'exploration, découverte en 1903 et dont la diffusion commence à la veille de la première guerre mondiale avait fait l'objet d'importants travaux de la part du professeur Doumer qui s'y intéressait toujours. Il avait chargé de recherches nouvelles son élève le docteur Léon Dumez avec qui j'avais noué des relations amicales. Il avait testé sur moi de nouvelles méthodes d'enregistrement ce qui m'avait valu d'être mis au courant des recherches les plus avancées dans ce domaine ce qui me fut utile par la suite.

Ce fut lorsque je fus dans le service que survint à propos des E.C.G. un incident qui aurait pu avoir des conséquences graves. Mon ami Dumez s'occupait des travaux personnels du patron, mais nullement des examens E.C.G. de routine qui étaient effectués dans une autre pièce, à un autre étage. Près de

la salle Lemoine un local avait été aménagé à cet effet. Une cage de Faraday, c'est-à-dire dont les parois étaient faites d'un grillage de fer était installée dans laquelle se trouvaient le lit pour les patients et l'appareil enregistreur d'E.C.G. Le dispositif, maintenant bien oublié, était destiné à mettre les enregistrements à l'abri de tout parasitage externe. Il fonctionnait quotidiennement depuis plusieurs années en donnant toute satisfaction.

Un matin le tour auquel procédait monsieur Doumer salle Lemoine est interrompu par des hurlements affreux provenant d'une pièce voisine. Le patron, suivi de son équipe, se précipite pour voir ce qui se passe et trouve dans la salle d'électro une malade gesticulant dans la cage de Faraday en criant qu'on avait voulu l'électrocuter, qu'elle voulait sortir immédiatement, qu'on faisait des expériences sur elle, qu'elle allait porter plainte... Le responsable des E.C.G., des fils à la main, essayait de la calmer, d'expliquer qu'on ne lui envoyait pas le courant, qu'on voulait simplement enregistrer l'électricité produite par son cœur, que ce n'était pas une expérience.

Rien n'arrivant à calmer la malade, pas plus les tentatives d'explications du chef de service que des autres, le patron dont la patience n'était pas la qualité dominante, prend une grande décision : « Madame, calmez-vous, je vais vous montrer ce qui se passe, on va me faire l'enregistrement que vous craignez » Les électrodes sont mises en place, les branchements effectués, le courant est mis et la première dérivation va être enregistrée quand on entend un grand cri pendant que l'on voit se contracter le corps de monsieur Doumer. Le responsable de l'enregistrement s'exclame : « M... ince ! J'ai électrocuté le patron » pendant que la malade triomphe bruyamment.

L'incident n'eut pas d'autre suite ; la victime se remit rapidement de sa brève électrisation et l'installation responsable fut remplacée. Je n'ai pas su si la malade qui avait donné l'alarme a pu être convaincue de bénéficier d'un E.C.G. avec un autre appareil.

Pour ma part j'ai poursuivi mon internat à l'hôpital de la Charité et en 1950 je passe le concours de l'internat avec succès, deuxième de ma promotion.

1951 : Interne au centre Oscar Lambret

Je reviens à l'hôpital Saint-Sauveur comme externe titulaire en 1951. En fait je ne suis qu'indirectement présent dans cet établissement car mon affectation réglementaire est le centre anti-cancéreux. Or il se trouve que cette institution, qui doit avoir son installation définitive à proximité de la Cité Hospitalière, est

provisoirement hébergée dans des bâtiments situés au nord-est de l'hôpital Saint-Sauveur et donnant sur la rue du Croquet.

Les deux internes affectés au centre Oscar Lambret (C.O.L.) font partie de l'ensemble de l'Internat lillois Faculté d'État et participent au tour de garde de l'ensemble de l'hôpital.

Rappelons que le professeur Oscar Lambret (1872-1943) dont le nom fut choisi pour désigner le centre anti-cancéreux, fut professeur de clinique chirurgicale en poste à Saint-Sauveur et vice-président de la commission administrative des hospices civils de Lille. À ce titre il joue un rôle important dans la genèse du projet de la Cité Hospitalière.

Le C.O.L. était placé sous la direction du professeur Jules Driessens qui était également professeur d'anatomie pathologique à la faculté. Cet homme autoritaire et remarquable organisateur était également extrêmement bienveillant quand on suivait ses instructions. Mes rapports furent toujours excellents avec lui.

Les bâtiments occupés dans l'enceinte de Saint-Sauveur étaient insuffisants le directeur a négocié un accord avec l'administration hospitalière : les femmes sont hospitalisées dans une partie de l'hospice Gantois, géographiquement tout proche. Elles sont confiées à mon collègue et ami André Dupont. Moi-même assume la responsabilité, avec trois externes, des vingt-cinq hospitalisés du bâtiment principal.

L'organisation mise au point par monsieur Driessens était d'une remarquable efficacité et permettait la rapide rotation des malades, indispensable en raison du faible nombre de lits disponibles, tout en assurant un maximum de sécurité dans le suivi de traitements souvent délicats.

L'interne jouait le rôle de coordinateur entre les responsables des diverses sections spécialisées, les principaux étant le professeur Marc Linquette (médecine) ; le docteur Achille Dhalluin et le professeur Michel Verhaeghe (chirurgie), le docteur L. Lemaitre et le professeur Jean Swyngedauw (radiothérapie), le docteur Nuytten (curiothérapie), le professeur Alex Clay (anatomie pathologique). Il n'y avait pas de « tour » de l'ensemble des hospitalisés et il appartenait à l'interne que chaque responsable soit régulièrement informé tant de l'évolution de ses patients que des éventuels problèmes pouvant se poser.

Chaque mercredi le directeur présidait une réunion de l'ensemble des enseignants et des enseignés au cours de laquelle les observations posant problème étaient exposées, souvent par les internes. Chaque discussion devait se conclure par une décision précise.



– Centre Oscar Lambret, année 1951-1952, personnel médical permanent et personnel administratif.

Cette première partie était suivie d'un exposé d'une heure sur une question de cancérologie. Les séances très enrichissantes étaient assidûment suivies et se tenaient le plus souvent au C.O.L. mais parfois aussi à Gantois.

Ma vie d'interne à Saint-Sauveur était partagée entre mes fonctions très prenantes mais intellectuellement très enrichissantes au C.O.L. et une participation au séance de garde d'un grand hôpital. Même après un an d'internat je ne prenais jamais une garde sans appréhension : n'importe quoi pouvait arriver : qu'on en juge.

La responsabilité administrative d'une garde s'étendait sur vingt-quatre heures commençant le matin à dix heures. L'interne devait assurer les urgences médicales (y compris les comas) et chirurgicales (y compris avortements et petite chirurgie). À partir de quatorze heures il n'y avait plus que des équipes insignifiantes dans les services et une disponibilité de laboratoire très réduite qui cessait absolument à dix-huit heures, même pour la radiologie.

La ville de Lille était partagée en trois secteurs rigoureusement délimités : suivant l'adresse ou le lieu de ramassage d'une urgence l'ambulancier amène la victime à l'hôpital de la Charité (responsable de deux secteurs, faculté d'état et faculté libre) ou l'hôpital Saint-Sauveur.

Aucune salle n'est prévue pour l'examen de l'urgence qui se passe donc dans l'ambulance. Certes l'interne de garde n'est pas absolument isolé : en 1951 subsiste encore l'interne du croup créé vers 1890 pour assurer les soins aux nombreuses victimes de la terrible complication de la diphtérie représentée par le croup. Le nombre de cas avait sérieusement décru avec la diffusion de la vaccination mais le poste avait été maintenu. Astreint à une présence permanente pendant six mois, le poste était généralement occupé par une interne provisoire de compétence limitée mais qui pouvait éventuellement apporter une aide.

Si l'appui du « croupion » (surnom donné à cet interne) n'était pas suffisant il restait, en cas de difficulté, la possibilité de faire appel à un médecin ou chirurgien de garde, mais il ne fallait recourir à cette mesure qu'à bon escient.

Réanimer un coma diabétique en pleine nuit, sans le soutien d'un laboratoire était une éventualité redoutée !

L'arrivée d'une urgence extérieure était signalée à l'interne de garde par un appel téléphonique du concierge prénommé Floréal, fort brave homme, mais souvent en état d'ébriété en fin d'après-midi. Cet état se signalait chez lui par un surcroît de politesse : « Monsieur veuillez venir à la porte il y a une urgence. » Examen sommaire de la victime pour décider de la salle d'hospitalisation en espérant qu'il y ait un lit libre. Enquête pour trouver la sœur de nuit détentrice du trousseau de clefs sans lequel on ne pouvait avoir accès à aucun matériel ou médicament. Diagnostic clinique et prise de décision : faut-il appeler le radiologue de garde ? Temps d'attente minimum de quarante cinq minutes. La décision est plus simple et plus rapide s'il s'agit d'une urgence abdominale aiguë, l'appel au chirurgien de garde étant immédiat.

Les appels concernant les urgences internes émanaient presque toujours des sœurs et étaient très stéréotypés : « Monsieur, venez vite telle salle voir le lit n° 18, il est fatigué ». Cette formule couvrait toutes les possibilités de la crise nerveuse à l'œdème aigu pulmonaire. Si la formule de demande comportait la variante « très fatigué », on avait le temps : il s'agissait d'un constat de décès.

Certaines urgences étaient particulièrement folkloriques ; tel fut cette garde que j'avais accepté de prendre à la place d'un camarade prétendant avoir un empêchement le 1^{er} décembre. Cette date ne m'inspirait aucune méfiance, à tort comme on va voir. La soirée avait débuté calmement. Vers vingt-trois heures le

téléphone sonne et je reconnais la voix fort embrouillée de Floréal. Je devine qu'il y a une urgence à la porte et que le brave concierge a dépassé ses limites habituelles d'imbibition. Je vais voir et tombe sur un tableau inattendu.

La petite pièce où se trouvait la table sur laquelle on signait les bons d'admission des urgences était recouverte de pièces d'argent et de billets ; de part et d'autre se trouvaient également dignes et titubants, Floréal et un sous-brigadier de police s'invectivant sur la somme d'argent présente qui avait été saisie sur la « voie publique » qui venait d'être amenée. Aucun des deux protagonistes n'était en état d'établir le total qui devait figurer, avec leurs deux signatures sur le procès-verbal d'admission.

Le problème était hors de ma compétence et j'allai voir la « voie publique », telle était la dénomination administrative d'une urgence anonyme trouvée dans la rue. Allongé sur une civière un homme de quarante ans ronflait profondément : ivresse simple ou compliquée ? Il fallait un examen correct pour en décider. J'ordonne aux deux brancardiers que Floréal avait appelé en même temps que moi de transporter l'urgence à Saint-Louis. Exécution, traversée de la cour d'entrée sans histoire mais à la montée de l'escalier conduisant à la salle d'hospitalisation les deux hommes de service à l'équilibre incertain, trébuchant, tombent avec leur brancard. L'urgence se réveille, se met debout et commence à nous insulter tous en exigeant sa sortie immédiatement. Discussion, retour à la porte d'entrée où je retrouve le concierge et le sous-brigadier fort échauffés prêts à en venir aux mains. J'arrive à les calmer et je téléphone au commissariat central où j'ai la chance de tomber sur un gradé dynamique qui comprend très vite la situation : « Docteur, essayer de les calmer, j'arrive dans cinq minutes ramener l'ordre dans tout ça ». Effectivement une fourgonnette de police est là quelques minutes plus tard avec un brigadier chef et quatre gardiens auxquels je confiais leur collègue et la voix publique. Ouf !

Le reste de la garde, sans être aussi agité, fut pas mal occupé par l'accueil et les soins à diverses victimes de l'alcoolisme aigu. Comme je m'étonnais, le lendemain, auprès du représentant de l'administration venu me demander un rapport sur ce qui s'était passé durant ma garde, j'ai eu l'explication accompagnée d'un éclat de rire : « Mais, c'était le 1^{er} décembre, la saint Eloi, tous les métallurgistes et garagistes fêtent ça joyeusement. Chaque année c'est la même chose. Vous ne le saviez pas ? » Je ne savais pas.

Pour clore cette évocation de l'hôpital Saint-Sauveur que j'ai connu, je consacrerai quelques lignes à la description sommaire de l'internat où nous prenions nos repas et dispositions d'un lit, dans une sorte de modeste petit appartement. Je savais déjà, après mon passage par les salles Saint-Louis 2 et 3 que la notion de confort était fort éloignée de cet établissement. La salle 3 était

littéralement sordide et on y gelait en hiver, l'installation de chauffage étant tout à fait insuffisante. Aux réclamations qui s'accumulaient l'administration apportait la réponse constante : « le déménagement à la Cité Hospitalière est proche ; on ne va pas entamer des travaux importants dans un hôpital qui va être abandonné ».

La situation était la même pour le local de l'internat. Les locaux vétustes et non repeints étaient visiblement à bout de souffle et le chauffage suffisant dans la journée était nettement insuffisant la nuit. Il suffisait d'être informé de cette situation et de prendre des précautions vestimentaires adaptées. L'interne de garde pouvait être appelé dans des secteurs nécessitant la sortie hors des bâtiments et il fallait prévoir cette éventualité.

À l'inconfort des locaux s'ajoutait la précarité des repas, manifestement l'administration ne souhaite pas nous retenir par l'attrait de la table ! Les repas de midi sont simples, mais passables, d'autant que les braves employés chargés du soin de l'internat font leur possible pour tenter d'améliorer l'ordinaire.

Mais la situation est nettement moins satisfaisante le soir, car le personnel arrêtant son service à dix-sept heures les éléments constitutifs du repas sont déposés à l'internat à ce moment. Il est difficile dans ces conditions de trouver une solution satisfaisante, l'internat n'étant équipé que d'un modeste réchaud à gaz. La situation est encore aggravée par la minceur des rations prévues sans doute pour éviter des invités intempestifs, éventualité peu vraisemblable étant donnée la renommée de la table de l'internat !

Cette situation a entraîné de multiples interventions de « l'interne le plus ancien » auprès du directeur de l'hôpital, mais le problème est resté sans vraie solution jusqu'à la fermeture de Saint-Sauveur.

L'internat était situé au deuxième étage, dans un bâtiment donnant sur le parvis de l'église Saint-Sauveur et dominait une maison basse où logeait le sacristain de la paroisse. De tradition ancienne et pour des raisons oubliées de tous, ce personnage surnommé Jules était l'objet de plaisanteries de la part de l'internat. Certains s'en accommodaient avec philosophie et les choses en restaient là.

D'autres répondaient plus ou moins vivement et une petite guerre éclatait, entrecoupée de plaisanteries généralement de mauvais goût. L'une des plus classiques consistait en un concours de tirs de pommes visant la cheminée de la maison en contre-bas. Les pommes non mûres attribuées pour le dessert étaient utilisées à cette fin et certains de nos collègues avaient acquis une habileté redoutable atteignant avec sûreté l'orifice de la cheminée. Il en résultait une sorte de ramonage évidemment déplaisant.

Les menaces de sanction de l'administration n'arrivèrent jamais à faire cesser ce jeu stupide, mais qui apportait une note de détente aux heures de tension vécues à d'autres moments.

Les quelques aperçus fragmentaires peuvent faire percevoir le pittoresque d'une vie hospitalière difficile à imaginer dans l'ambiance de haute-technicité vécue de nos jours.