Paul F. Girard
ou la passion de la thérapeutique *

par Gilbert AIMARD **

Quand il me fut demandé de participer à cette journée d'histoire de la médecine, un sentiment double m'envahit : celui d'une incompétence à apporter quelque chose qui relevât de la technique historique d'une part et d'autre part, la très grande joie de l'occasion fournie d'apporter un témoignage personnel concernant Monsieur Girard. Ce témoignage a subi la distorsion qu'imprime à la réalité toute mémoire à long terme non réactualisée par le document, et, plus forte encore, celle de la subjectivité dont la part est dominante, quand, jeune et acculturé, on a été séduit, fasciné, modelé par une telle personnalité.

Passion de la thérapeutique. Le terme a surgi spontanément, sans recherche ni réflexion, dans ce court intervalle où, au volant de sa voiture, l'attente du feu vert relache l'attention et laisse parler l'inconscient, dans cette part de discours à nous même qui est de l'ordre de l'automatique selon Lacan. Signifiant déposé de longue date, un peu oublié, mais probablement expression dominante du message retenu de ces années de formation auprès de Paul Girard, synthèse personnelle et non rationnalisée sur ce qui, de "mon" point de vue était le "noyau dur de la pensée Girardienne". Une certaine forme de jugement, très subjectif - mais en est il d'autre ? -, partial, global, partiel, qui étonnera peut-être ceux dont le parcours avec P. Girard a été différent, qui l'ont connu à une période autre de leur vie professionnelle, qui ont eu une collaboration plus longue ou ont vibré à d'autres harmoniques de cette musique riche, si diverse, si personnelle qu'était l'enseignement de Paul Girard.

Même si le souvenir me donne l'illusion d'avoir été toujours à ses côtés, ma collaboration professionnelle a été la plus brève parmi celles des témoins de ce soir. Elle ne fut réelle qu'au cours de mes années de formation, interrompue par une fugue autorisée de deux ans vers la cardiologie et terminée quand il me confia en 1966 à Michel Devic avec qui je retrouvais, sous une autre forme, la passion de la thérapeutique.

Des formules me sont revenues en mémoire, témoins de cette volonté thérapeutique dominante. Monsieur Girard disait volontiers à propos d'un diagnostic, pourtant hautement probable, qu'il valait mieux en l'absence de perspective thérapeutique en porter

---

* Comité de lecture du 28 janvier 1995 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Hôpital Neurologique, 59 boulevard Pinel, 69003 Lyon.

un autre. Souvent, il citait la formule classique "il faut manquer d'imagination pour faire le diagnostic de sclérose en plaques". Il préférait une hypothèse diagnostique plus fragile si elle offrait un espoir, voire une illusion thérapeutique. Mieux valait explorer quelques pistes porteuses d'espérance que formuler un diagnostic plus probable mais qui pouvait attendre. "Il vaut mieux vivre avec un diagnostic faux que mourir avec un diagnostic juste" disait-il aussi. L'art de la formule supposait que l'interlocuteur décodait le message et ne le prenait pas au pied de la lettre, égarait celui qui ne dépassait pas le premier degré. Le caractère provocateur du signifiant offrait parfois une barre de résistance à la compréhension subtile du signifié. Décodé, le message était là, clair. C'était l'époque où la thérapeutique chirurgicale n'était pas ce qu'elle est devenue. L'efficacité, dans l'optique du patient, l'emportait sur ce qui pouvait apparaître comme la raison scientifique. En ce domaine, comme en d'autres, l'antiphrase était un de ses modes d'expression. Je me rappelle ce jour où dans un des couloirs sombres du laboratoire de pathologie expérimentale qui lui avait été confié et où il m'avait accueilli, j'entendis, d'une voix basse et presque confidentielle "Comme le disait Monsieur A., en neurologie on ne fait pas de thérapeutique, on fait des autopsies". Phrase alors doublement antinomique, car elle justifiait apparemment un choix qu'il refusait à faire et qui pourtant le tentait.

Alternant avec les formules, des images aussi resurgissent. De manière dominante, la relation exceptionnelle qu'il savait établir avec ces patients pour lesquels il engageait une véritable rééducation quand il avait fait un lien entre leur trouble, névrose psychasthénique, obsessionelle ou dystonie d'écriture et un problème de dominance cérébrale. Cétait le jeudi après midi qu'il leur consacrait son temps, ses capacités relationnelles, sa conviction thérapeutique. L'archétype de l'intérêt porté à ce type de patient fut l'accompagnement prolongé qu'il assura à cette patiente qui, après une callosotomie (il fallait le courage d'en décider à l'époque), avait présenté ce symptôme fascinant de la main étrangère... Autre image, la jubilation qui fut la sienne quand il constata la coïncidence de l'arrêt d'une évolution régulièrement progressive chez un patient porteur d'une sclérose en plaques avec la mise en œuvre d'un traitement à l'Endoxan.

Du souvenir que je garde de ces années, de ses thèmes de réflexion ou de recherche, aucun qui ne soit lié à une préocupation thérapeutique. Une relation tierce se faisait dans son esprit entre la maladie, sa physiopathologie et la thérapeutique : la physiopathologie justifiait le traitement, le résultat du traitement soutenait l'interprétation pathogénique, l'option thérapeutique orientait le diagnostic et l'emportait parfois au delà des limites prévues par ses élèves.

Les sujets abordés ont été multiples et je me limiterai à ceux qui furent ses centres d'intérêt dans la période où j'en fus témoin.

La sclérose en plaques résistait déjà à la thérapeutique. Paul Girard avait inspiré la thèse de M. R. Cotte pour faire le bilan des tentatives thérapeutiques antérieures. Elles dépassaient la cinquantaine. Il explora lui même plusieurs de ces pistes.

Le traitement anticoagulant avait trouvé un promoteur de grande célébrité auprès de Putnam. Cette caution et l'anatomopathologie, avec ses lésions centrées sur les veines parfois thrombosées, semblaient justifier le recours à ce traitement apparu récemment. C'était une époque où l'on pouvait encore tester de nouvelles hypothèses thérapeutiques sans l'accord d'un comité d'éthique. L'absence de résultat convaincant le fit se tourner vers le traitement antibiotique.

L'hypothèse physiopathologique infectieuse a toujours été présente. Elle l'est toujours, sous forme virale. A l'époque, les rickettsies avaient été mises en examen comme responsables éventuels de la maladie. Cette éventualité ne fit pas long feu, même si son promoteur l'exporta secondairement au Canada pour essayer de la faire survivre. Elle offrait la possibilité de recours au traitement antibiotique. L'auréomycine avait fait les preuves de son action sur ce type d'agent. Je me rappelle la nécessité de séries d'injections intraveineuses surveillées. Monsieur Girard me demanda plusieurs fois d'aller au domicile des patients réaliser ces séries d'injections, de surveiller les patients et de tenter d'en apprécier les effets. L'hypothèse immunologique retint beaucoup plus son attention. J'ai vécu avec Paul Girard cette aventure. L'idée en était venue de l'efficacité que nous avions vérifiée au laboratoire de la prévention de l'encéphalite allergique expérimentale par ce que l'on appelait à l'époque les antimitotiques. Pour la petite histoire, rappelons que dans l'article général du *Journal de Médecine de Lyon* de 1962 réalisant la revue des traitements proposés au cours de la sclérose en plaques dans lequel nous proposions le principe du traitement immunosuppresseur, le correcteur de l'article pensant à une erreur, remplaça le terme d'antimitotique par celui d'antibiotique. Il fallut un papillon collé sur les tirés à part pour effacer l'erreur. Celà amena à la thèse de Lejars, à une présentation devant la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon et à un article du *Lyon Médical*. C'est la première référence de la littérature concernant cette thérapeutique. Je me dois de dire, que fait rare à cette époque, Monsieur Girard eut l'affectueuse attention, de mettre le nom de son jeune assistant comme premier signataire de la publication. On sait ce qu'il est advenu de cette therapeutique. Elle n'a pas révolutionné l'histoire naturelle de la sclérose en plaques, mais elle reste la seule utilisée de manière constante depuis près de 30 ans avec la cortisone. Elle semble servir de contrôle à l'Interferon actuellement proposé, -version moderne, biologique et à haut coût de l'immunothérapie chimique. De premiers échos semblent indiquer que la chimiothérapie supporte la comparaison.

De ceux qui y assistèrent, et nous sommes quelques-uns ici, qui ne se souvient de cette séance mémorable de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon qui, fait unique, avait été enièrement "offerte" à Paul Girard pour y faire le point sur les encéphalopathies éthyliques. Cette conférence de près de deux heures, éblouissante, faisait le point sur plusieurs années de recherches clinique, physiopathologique, anatomique et thérapeutique qui avaient abouti à la thèse de Michel Tommasi. Qui ne se souvient aussi des boutades jaillissant in fine au cours de la discussion sur le Predélirium en réponse à une question de P. Delore et à propos de l'épilepsie éthylique à une question de P. Ravault. La tautologie ce soir là avait du sens. La motivation de cette recherche était la vitaminothérapie B1 intensive dans ce cadre, revivifié par P. Girard de l'encéphalopathie de Gayet Wernicke qui retrouvait ainsi ses origines lyonnaises. Le professeur Thiébault de Strasbourg, ayant mesuré l'importance de ce travail avait proposé de compléter l'éponyme sous la forme de Gayet-Wernicke -Girard. Pour l'interne, le message était la prescription de doses massives de vitamines B1 devant tout syndrome confusionnel pour lequel une origine éthylique ou nutritionnelle pouvait être supposée, sans attendre qu'elle soit démontrée. Peut-on rappeler à ce propos que ce diagnostic, porté à la surprise critique de ses collègues, chez un de ses Maîtres, pourtant nullement suspect d'éthylisme, mais sévèrement dénutri, lui avait sauvé la vie.

La place des phlébites cérébrales dans les syndromes encéphalitiques mal étiquetés fut défendue par P. F. Girard dans la thèse de F. Larbre. Là encore, ce diagnostic était de ceux qu'il fallait privilégier par l'ouverture thérapeutique qu'il offrait. Quarante ans avant le chantre actuel de cette affection qu'est le professeur MG Bousser, il nous indiquait qu'il fallait y penser toujours si l'on ne voulait pas perdre ici ou ailleurs une chance thérapeutique. Avec quarante ans d'avance aussi, il défendait le principe du traitement anticoagulant, balayant dans la discussion le risque d'hémorragie en arguant que du sang dans un crachoir n'empêchait nullement la mise en œuvre du traitement anticoagulant au cours des infarctus pulmonaires. Le bien fondé de cette indication n'a été démontré, en terme d'études dites contrôlées, que tout récemment. Qu'eut-il pensé, et je sais ce qu'il en eut pensé, de randomiser des patients pour appliquer un traitement dont tout laisse à penser ou espérer qu'il doit être efficace ?

Sur ces trois sujets, il avait eu une vision de pionnier. Mais on ne saurait avoir raison sur tout, en particulier quand l'esprit de création est si riche.

Quelques pistes de recherche thérapeutique ne se sont pas confirmées. Mais quel courage intellectuel, à l'époque que d'essayer d'affronter le traitement de la sclérose latérale amyotrophique sur une hypothèse pathogénique personnelle. L'une des siennes était le rôle éventuel du système réticulo-endothélial dans la disparition, l'apoptose dirait-on actuellement, des cellules motrices. Cette hypothèse préfigurait les hypothèses pathogéniques actuelles du côté de l'immunologie, soit du côté des métabolites endogènes (radicaux libres, acides glutamiques). C'était donc pour bloquer le système reticulo-endothélial que furent entreprises les cures de Rouge Congo d'abord, de bleu Tripan ensuite. Bien sûr, ces hypothèses colorées faisaient image et redonnaient aux patients une mine plus engageante. L'autre direction de recherche fut basée sur la parenté séméiologique entre les atrophies musculaires de la S. L .A. et des neuropathies saturnines. Le plomb ne pouvait-il être en cause ? On sait que le rôle pathogène des métaux lourds au cours de certaines affections dégénératives est actuellement en voie de réévaluation. Cette réflexion aboutit à l'essai des chélateurs et en particulier du calcitétracemate dans le traitement de la SLA. Il n'est guère utile de préciser que le succès ne fut pas au rendez-vous. Depuis lors, hélas, que de tentatives décevantes, même si un minime espoir est en train de surgir bâti lui aussi sur l'idée d'une toxicité endogène.

Avant que ne soit largement développé, dans les années 1960, le concept de canal rachidien étroit, ouvrant large les perspectives de traitement chirurgical des myélopathies cervicales, la colonne cervicale et son arthrose étaient l'objet de toutes les attentions de Monsieur Girard. Des images mentales anciennes ont réactivé devant mes yeux le regard intense, passionné et prolongé qui soustendait ces longs examens des radiographies simples de la colonne. Mon étonnement reste que le fait qu'il y ait des canaux larges et des canaux étroits lui ait échappé. Mais non les possibilités thérapeutiques des tractions cervicales et des interventions d'ouverture de la colonne qu'il demanda très tôt à Louis Mansuy de réaliser. La facilité de mise en œuvre des tractions vertébrales, amena à la tentation d'élargir le concept des complications neurologiques des cervicarthroses : vers les vertiges, avec la complicité de Marcel Gignoux, puis vers certaines névrites optiques avec celle de L. Paufique. Il est de fait que certains vertiges, certaines névrites optiques régressaient après traction cervicale. La dérive pouvait alors, oralement du moins, se faire plus loin et la question se posait que la sclérose en plaque elle-

même pût avoir quelque chose de commun avec la colonne cervicale. Trois semaines avant mon concours d'internat, alors que j'étais externe dans son service, à une question posée sur le diagnostic différentiel entre myélopathie cervicale et sclérose en plaques, la réponse fut brève "il n'y en a pas, c'est la même maladie". Qui, de ceux qui l'ont connu, fera la part de la boutade, de la provocation à usage interne, de l'hypothèse imaginative, de la conviction infraliminaire ou de l'espoir thérapeutique ?

J'aurais manqué l'essentiel si je n'évoquais les dominances cérébrales. D'autres en ont parlé et je n'y reviendrai pas seulement pour redire de quel espoir thérapeutique les idées sur ce sujet étaient le vecteur, mais aussi du message qu'elles comportaient concernant la pathologie fonctionnelle en neurologie, la plasticité cérébrale, le lien de continuité entre neurologie et psychiatrie. Se rattachaient à ce courant pathogénique, les réflexions sur le concept Freudien de l'hémiplégie cérébrale infantile qu'il reprit dans la thèse de Paule Aimard. Il y soutenait le traitement des formes les plus sévères par l'hémisphérectomie, autorisée, à gauche, par le transfert controlatéral des structures neurophysiologiques sous tendant le langage et par là même de la dominance hémisphérique pour le langage, vers l'hémisphère droit.

Si je me permets d'affirmer ici que cette thématique de la dominance cérébrale et de ses perturbations doit occuper dans nos mémoires la place essentielle, c'est parque que je le tiens de la bouche même de Paul Girard au soir de sa vie. Madame Girard en garde peut-être le souvenir. Nous bavardions, en un de ces après-midi où j'allais de temps en temps me ressourcer auprès de lui. A une allusion à ce thème, que j'avais chargé un jeune interne de traiter au DES de neurologie, Monsieur Girard me dit "ce fut certainement mon idée la plus importante" et Madame Girard d'ajouter "mais nos collègues parisiens n'y ont jamais bien cru". Il est vrai.

Quant à son intérêt persistant pour les autres thèmes évoqués, j'en reçu un témoignage écrit, dix ans après sa retraite, dans une longue lettre qu'il m'avait adressée en réponse à l'envoi du livre que nous avions écrit avec Alain Vighetto. Après une page très émouvante parce qu'y était écrit ce que nous vivions affectivement depuis quarante ans et qui était resté jusque là dans le domaine du non-dit, il revint sur tous les sujets qui lui avaient tenu à cœur et qui n'avaient pas trouvé place dans notre ouvrage. Discret reproche. Prétexte. Par un tour un peu Gaullien qui permettait au Général de répondre au cours de ses conférences de presse à des questions non posées, il me remerciait de lui avoir fourni l'occasion de faire une dernière fois sur le papier le bilan des idées qu'il avait défendues. Il traçait, avec dix ans d'avance, le message que j'ai essayé de vous transmettre aujourd'hui.