

# LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DES  
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE QUÉBEC

DIRECTION — Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

## Traitement des anémies macrocytaires et microcytaires

"MATUREX" No 340 — Renferme: Vitamine B<sub>12</sub>, Estomac desséché, Acide folique, Acide ascorbique, Sulfate ferreux P.B. et Extrait de foie.

"MATUREX" Non ferreux No 341 — Formule du No 340, sans Sulfate ferreux.

"MATUREX" (Enfants) No 338 — Renferme les mêmes ingrédients que le No 340 mais à un dosage moins élevé. Capsules plus petites destinées aux enfants.

"MATUREX" Non ferreux (Enfants) No 339 — Formule du No 338, sans Sulfate ferreux.

Toutes formules en flacons de 24, 100, 500 et 1000 capsules. Posologie moyenne de chacune de ces préparations: une capsule 3 fois par jour après les repas.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE  
Biologistes et Pharmaciens • MONTRÉAL, CANADA

*Ayerst*

# VITAMINE B<sub>12</sub>

## INJECTABLE



Boîtes de 6 ampoules, 15 microgrammes par c.c.

Vials 10 c.c., 30 microgrammes par c.c.



**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

1338, LaGauchetière est,  
MONTRÉAL.

# LAVAL MÉDICAL

VOL. 17

N° 2

FÉVRIER 1952

---

## COMMUNICATIONS

---

### PNEUMOTHORAX COMPLIQUÉ D'UN SYNDROME DOULOUREUX ET VASO-MOTEUR DE LA FACE APRÈS JACOBÆUS \*

par

R. DESMEULES, F.R.C.P. (C)

et

R. DION

*de l'Hôpital Laval*

---

Si les avantages du pneumothorax artificiel sont universellement reconnus et ses bienfaits non discutés, l'on connaît également l'influence trop souvent néfaste des adhérences au cours de l'opération de Forlanini. Étant donné qu'elles sont presque toujours situées autour des régions malades, cavités et foyers d'infiltration, elles empêchent d'obtenir un collapsus là où il serait le plus nécessaire et, conséquemment, entravent la guérison. De plus, on sait combien les pneumothorax thérapeutiques

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 9 novembre 1951.

bridés sont fréquents, les auteurs s'accordant à reconnaître que 20 pour cent seulement des décollements pleuraux sont complets d'emblée. C'est dire l'importance de la libération de ces pneumothorax bridés par la section de brides ou opération de Jacobæus.

C'est en 1913 que Jacobæus appliqua, le premier, la méthode endoscopique à la section de brides. Sa technique, perfectionnée par la suite, est admise et appliquée par les phtisiologues de tous les pays. C'est, à l'heure actuelle, une opération courante en phtisiologie, gardant son originalité quant aux détails techniques qui varient suivant les opérateurs. Cependant, l'opération de Jacobæus, comme toute autre intervention, d'ailleurs, peut se compliquer. Alors que les complications les plus fréquentes, telles que l'emphysème sous-cutané et l'épanchement pleural, sont bien connues, il n'en est pas de même des troubles nerveux qui, tout en étant heureusement très rares, présentent cependant le plus grand intérêt. Les lésions nerveuses peuvent se produire après la libération d'adhérences de la coupole ou de la région médiastinale ; elles sont toujours importantes, car leurs suites fâcheuses persistent généralement longtemps. Certains auteurs ont rapporté, après la pleurolyse, des lésions nerveuses du phrénique, du récurrent, du pneumogastrique, du sympathique, des nerfs intercostaux et du plexus brachial.

L'observation suivante nous paraît contenir des faits assez intéressants pour justifier sa présentation.

Une patiente de trente-huit ans (dossier 9903) est admise dans le Service de médecine de l'Hôpital Laval, le 18 mai 1951, pour lésions pulmonaires tuberculeuses du tiers supérieur gauche. L'anamnèse ne révèle rien qui soit digne de mention. Comme l'indication d'un pneumothorax thérapeutique est évidente, notre malade reçoit sa première insufflation gauche dès le 28 mai. Une radiographie pulmonaire de contrôle, prise le 6 juin, fait voir de multiples adhérences apicomédiastinales et sous-claviculaires ; adhérences qui, douze jours plus tard, soit le 18 juin, sont sectionnées en totalité suivant la méthode de Jacobæus. L'intervention est bien réussie et un nouveau contrôle radiologique, fait le 28 juin, montre en effet un collapsus électif du lobe supérieur. On note, cependant, un petit épanchement pleural qui disparaît,

par la suite, sans incident. Le 25 juin, soit sept jours après l'intervention, la patiente a sa première insufflation postopératoire : elle ne reçoit que 150 centimètres cubes d'air. Environ une demi-heure après l'insufflation, notre malade ressent à l'angle oculo-nasal gauche une sensation de picotement, sensation qui s'étend rapidement à toute la joue gauche sans

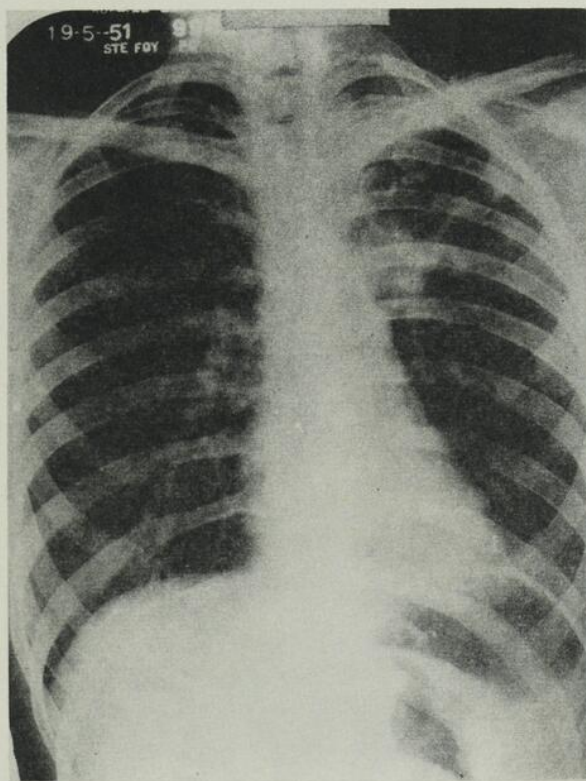


Figure 1. — Images de tuberculose ulcéro-caséuse au tiers supérieur du poumon gauche.

dépasser, en avant, le nez, en haut, l'œil, en arrière, l'oreille et, en bas, l'hémi-maxillaire inférieur. Puis, cette sensation de picotement fait rapidement place à des douleurs de forme névralgique, douleurs qui gagnent alors toute l'arcade dentaire supérieure gauche. En même temps, on observe un écoulement aqueux et de la narine gauche et du canal

lacrymal ainsi que des troubles vaso-moteurs se traduisant par une sensation de chaleur et une rougeur de la pommette. Il y a conservation de la sensibilité cutanée à la chaleur, au froid, au toucher et à la piqûre. Après vingt-quatre heures, tout rentre dans l'ordre. La seconde insufflation post-opératoire est donnée le 2 juillet, soit sept jours après la première.

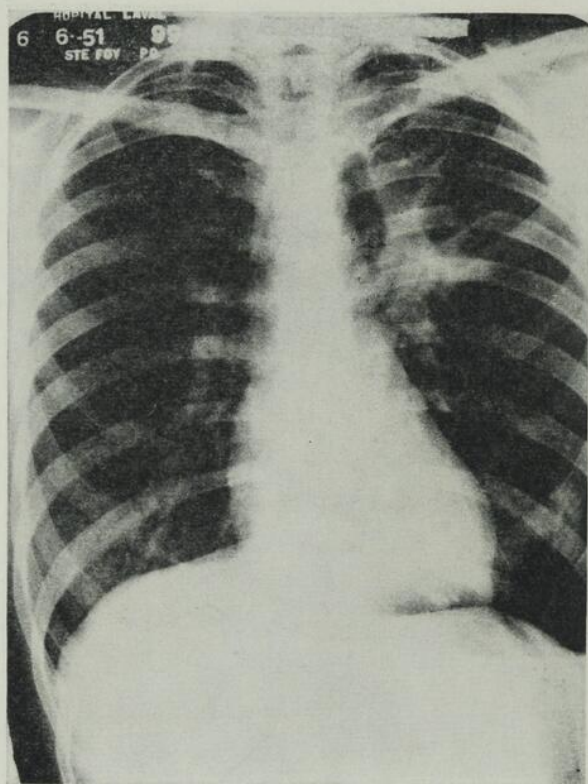


Figure 2. — Pneumothorax et nombreuses adhérences.

re : la quantité est de 300 centimètres cubes. Environ une demi-heure après, les mêmes troubles réapparaissent à la même région ; mais, cette fois, un peu plus marqués et d'une plus longue durée, soit trente-six heures environ. Puis, tout rentre de nouveau dans l'ordre jusqu'à l'insufflation suivante. Notre patiente est encore présentement porteuse

du même syndrome, mais avec des caractères plus atténués. Il faut cependant noter que l'écoulement nasal et lacrymal ne fut observé qu'après les trois premières insufflations seulement ; il fut toujours absent, par la suite. De plus, l'intensité et la durée des douleurs sont proportionnelles à la quantité d'air insufflé : leur durée est généralement

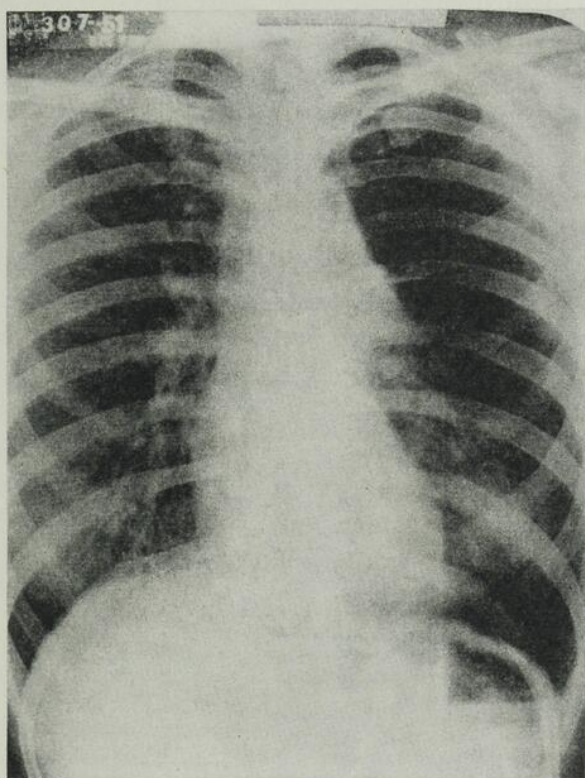


Figure 3. — Après Jacobæus. Collapsus marqué du lobe supérieur gauche.

de un à deux jours et elles sont en partie soulagées par les analgésiques généraux et l'atropine. Enfin, nous n'avons jamais noté de modification de la pupille ni de la fente palpébrale.

En résumé, il s'agit d'une malade dont le pneumothorax gauche s'est compliqué d'un syndrome douloureux et vaso-moteur de la face, après

Jacobæus. La nature et la localisation des troubles, le moment de leur apparition et leur durée, leur intensité proportionnelle à la quantité d'air insufflé, la localisation radiologique et des adhérences sectionnées et du lobe supérieur collabé, sont autant de facteurs qui nous font croire à une atteinte du sympathique thoracique au niveau de l'articulation vertébrale de la quatrième ou cinquième côte. A cet endroit, en effet, la chaîne sympathique thoracique qui passe en avant des articulations costo-vertébrales serait possiblement comprimée par le moignon collabé ou tirillée, soit par une petite bride résiduelle, soit par le *fascia* endothoracique ou la plèvre. Et ces troubles d'irritation s'observeraient justement au moment où la pression intrathoracique est la plus élevée.

Du fait que l'opération de Jacobæus et ses suites furent non douloureuses et sans incident nerveux immédiat, nous n'avons pu mettre en cause une blessure directe du tronc ou des ganglions du sympathique ni une lésion de ce dernier par la chaleur rayonnante du cautère.

Les auteurs ont toujours reconnu que les complications nerveuses après Jacobæus, surtout celles du sympathique, étaient exceptionnelles. Et leur rareté fait en sorte qu'elles présentent un intérêt encore plus grand. Quoi qu'il en soit, elles ne restreignent nullement la valeur de l'intervention dont l'efficacité est nettement prouvée.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BOURGEOIS, Pierre, Tuberculose pulmonaire et pleurale, Paris, 1950.
  2. DOUADY, et MAYER, Manuel de pleuroscopie et de section de brides, A. Legrand, Paris, 1942.
  3. MISTAL, O.M., Endoscopie et pleurolyse, Masson & Cie, Paris, 1935.
  4. *La Presse médicale*, Paris, 1936.
-

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE COMPARATIVE  
DES EXPECTORATIONS ET DES LAVAGES GASTRIQUES  
ET DES SÉCRÉTIONS BRONCHIQUES  
CHEZ LES TUBERCULEUX \*

par

M. GIROUX et R. DESSUREAULT

*Service des laboratoires de l'Hôpital Laval*

---

Le bactériologiste possède, aujourd'hui, une série d'examens qui lui donnent la possibilité, s'il agit méthodiquement, de mettre en évidence le bacille de Koch. Ces examens consistent couramment dans la recherche du bacille, soit directement, soit après homogénéisation, dans les expectorations, le liquide de lavage gastrique ou les autres produits pathologiques de l'organisme.

Ces techniques d'analyse microscopique sont suivies, au besoin, de l'ensemencement sur divers milieux spéciaux, tels que le milieu de Lœwenstein, le milieu de Petraghagni, le milieu de Dubos, ou, encore, les milieux au sang et au sérum humains. Et, enfin, l'inoculation aux animaux de laboratoire, tels que le cobaye et le lapin, augmente les chances de mettre en évidence le bacille de Koch.

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 9 novembre 1951.

Cependant, toute cette gamme d'examens bactériologiques n'est parfois plus suffisante pour satisfaire les exigences raisonnables des phtisiologues qui désirent obtenir une confirmation bactériologique de la maladie et, surtout, une preuve bactériologique de la guérison de leur patient. Le dépistage systématique de la tuberculose pose très souvent le problème de sujets présentant une radiographie suspecte et un diagnostic clinique difficile à préciser, même par un phtisiologue averti. On observe aussi, de plus en plus fréquemment, depuis l'usage parfois exagéré des antibiotiques, comme la streptomycine en particulier, des malades présentant des radiographies franchement positives et une bacilloscopie toujours négative, même en variant les genres d'examens ci-haut mentionnés. Le bactériologiste est de plus en plus souvent appelé à résoudre des cas de ce genre et, devant la carence des méthodes usuelles, il doit chercher d'autres modes d'examens plus sensibles pouvant résoudre ces deux problèmes importants : le diagnostic précis de la maladie et de la guérison de celle-ci. Il ne faut pas oublier l'affirmation de Dubos qu'il faut au moins 100,000 bacilles de Koch par millimètre cube pour pouvoir en voir une certaine quantité au microscope.

Une nouvelle méthode susceptible de compléter avec succès la recherche du bacille de Koch chez les malades paucibacillaires, d'après les résultats obtenus par plusieurs auteurs avertis, consiste dans l'examen des sécrétions bronchiques, qui, en somme, véhiculent le bacille de Koch venant des lésions pulmonaires. Manoel de Abreu a préconisé, dès 1944, cette nouvelle technique d'examen du liquide de lavage broncho-pulmonaire qui apporterait une solution satisfaisante au difficile problème des sujets négatifs dans leurs expectorations et le liquide de lavage gastrique. De Abreu effectue le lavage pulmonaire par injection trans- ou sous-glottique, après anesthésie locale, de 5 à 15 centimètres cubes, selon les cas, de sérum physiologique. Les sécrétions bronchiques sont recueillies pendant, puis après l'anesthésie, aussi longtemps que possible. Assez souvent, la seule instillation intrabronchique de 4 à 5 centimètres cubes de la solution anesthésique suffit pour provoquer une expectoration satisfaisante.

Fernandès et, successivement, plusieurs bronchoscopistes, ont modifié la méthode originale de de Abreu, mais toujours pour en arriver au

même but : celui de rechercher le bacille à l'endroit même où il se trouve. Dès 1937, en France, Léon Kindberg et ses collaborateurs ont proposé le cathétérisme des bronches, mais ce n'est que plus tard que Gernez-Rieux et Fourestier, par leurs recherches, ont popularisé cette technique en Europe.

Quoi qu'il en soit, cette méthode nous permet de procéder de trois façons, comme l'a démontré Fourestier :

- a) Recueillir les expectorations quand le patient, par irritation de ses bronches au moment de l'anesthésie, tousse suffisamment ;
- b) Quand le malade n'a pas vidé ses bronches, au premier temps, prélever le liquide de lavage bronchique par broncho-aspiration ;
- c) Enfin, lorsque les prélèvements n'ont pu être effectués comme dans les cas précédents, ou se sont révélés abacillaires, prélever les expectorations dans les quelques heures et les quelques jours qui suivent.

En effet, le simple cathétérisme des bronches provoque justement l'irritation désirée qui fera cracher plus abondamment le patient, durant les jours suivants, et cela permettra à l'examen bactériologique de mettre en évidence la présence des bacilles chez un nombre appréciable de patients paucibacillaires. Il s'agit donc là d'un procédé facile qui, s'ajoutant aux examens habituels, peut les compléter en dépistant un nombre passablement élevé de tuberculeux ignorés, à diagnostic difficile, ou, encore, permet d'étiqueter comme encore bacillaires, donc contagieux, des sujets traités et apparemment guéris et désignés comme non-bacillaires par les procédés usuels.

Voici, d'ailleurs, quelques chiffres qui montreront les services que peut rendre la méthode du lavage endobronchique ou broncho-pulmonaire, chez des sujets négatifs dans leurs expectorations et même dans le liquide de lavage gastrique. (Cf. tableau suivant) :

1944 DE ABREU (étude de 265 cas) :

Liquides gastriques négatifs . . . .	265
Secrétions bronchiques positives.	48, soit 18.1 pour cent.

- 1947 DE ABREU (étude de 1741 cas) :  
 Liquides gastriques négatifs . . . 1,741  
 Secrétions bronchiques positives. 293, soit 16.8 pour cent.
- 1947 MAGNUS et Van der HOLDEN (133 cas) :  
 Liquides gastriques négatifs . . . 133  
 Secrétions bronchiques positives. 98, soit 73.3 pour cent.
- 1948 J. S. BORNSTEIN (75 cas) :  
 Liquides gastriques négatifs . . . 75  
 Secrétions bronchiques positives. 12, soit 16 pour cent.

Il nous avait paru intéressant, depuis quelques années, de pratiquer l'examen bactériologique des sécrétions prélevées par bronchoscopie, soit sur des méchettes, soit au moyen d'un liquide de lavage bronchique, et nous avons pensé qu'il serait de quelque intérêt de relever au hasard, les résultats de 492 investigations endobronchiques pratiquées à l'Hôpital Laval depuis 1945 pour les comparer aux résultats obtenus par la recherche du bacille de Koch dans les expectorations et les liquides de lavage gastrique de ces mêmes patients. Nous avons divisé nos patients en deux groupes comme suit :

*Hôpital Laval* (étude de 492 cas) :

*Groupe I :*

Expectorations positives . . . . .	} 262 cas
Lavages gastriques positifs . . . . .	
Secrétions bronchiques positives.)	

*Groupe II :*

Expectorations négatives . . . . .	} 230 cas.
Lavages gastriques négatifs . . . . .	

Secrétions bronchiques positives :

le même jour . . . . .	45, soit 18.5 pour cent ;
les jours suivants . . . . .	74, soit 30.3 pour cent.
Total :	51.7 pour cent.

Si nous examinons les résultats obtenus dans le premier groupe, nous constatons qu'il s'agit, dans la plupart des cas, d'examens pré- ou postopératoires, de confirmations d'une tuberculose endobronchique évoluant sur une tuberculose pulmonaire avérée ou de grands malades ayant eu des broncho-aspirations, pour débarrasser un arbre bronchique trop obstrué par des sécrétions.

Quant au deuxième groupe, il comprend cette catégorie de patients dont nous parlions au début de cette présentation et pour lesquels il fallait faire le diagnostic bactériologique d'une tuberculose pulmonaire minime paucibacillaire et également la confirmation bactériologique de la présence d'une élimination bacillaire encore existante, quoique minime, chez des patients traités, soit par les antibiotiques, soit par une forme quelconque de collapsothérapie médicale ou chirurgicale. Il convient de noter également qu'il ne faut pas se contenter d'étudier les sécrétions prélevées lors de l'exploration endobronchique, mais qu'il faut continuer les examens pendant les quelques jours qui suivent, comme le démontrent les statistiques du tableau précédent.

En nous basant sur les statistiques des auteurs précités et sur celles que nous venons de présenter, nous croyons que la recherche du bacille de Koch dans les sécrétions bronchiques ou le liquide de lavage broncho-pulmonaire doit être effectuée fréquemment, tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue épidémiologique chez des patients apparemment guéris, mais encore bacillaires et peut-être encore contagieux.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BARIÉTY, PAILLAS, *Rev. Tub.*, 337, 1944-45.
2. BUENO, Marcio M., *Quartely Bulletin, Sea View Hospital*, 8 : 212, 1946.
3. DE ABREU, Manoel, *Dis. of Chest*, 11 : 639, 1945.
4. DE ABREU, Manoel, *Amer. Rev. Tuberc.*, 52 : 570, 1946.
5. FOURESTIER, Le BOUCHER, RAMEIX, *Rev. de la Tub.*, 222, 1947.
6. GERNEZ-RIEUX, Ch., BRETON et MÉREAU, *Revue de la Tuberc.*, 740, 1946.
7. GINES, A. R., *Tuberculology*, 8 : 89, 1946.

8. GINES, A. R., *Amer. Rev. Tuberc.*, **56** : 13, 1947.
  9. KINBERG, Léon, LAPINÉ, ADIPA, *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 302, 1937.
  10. KRAMER, C., *Amer. Rev. Tuberc.*, **53** : 385, 1946.
  11. LEMOINE, DIACOUMOPOULOS, *Rev. de la Tub.*, 117, 1943.
  12. NASSAU, E., *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Londres), **34** : 397, 1941.
  13. TRIBOULET, F., et DANONY, M., *Revue de la Tub.*, **5** : 892, 1939.
  14. VINCENT, V., et BIRGE, E. A., *Amer. Rev. Tuberc.*, **55** : 556, 1947.
-

## THORACOPLASTIE ET APICOLYSE \*

par

J.-A. GRAVEL, F.R.C.S. (C) M. S.,

*chirurgien thoracique à l'Hôpital Laval*

---

Au début de ce travail, il convient de répondre à quelques questions. Qu'est-ce que la thoracoplastie en général, quelle est son histoire et quelle place occupe-t-elle dans le traitement chirurgical de la tuberculose ?

La thoracoplastie est une opération qui, par la résection sous-périostée de plusieurs côtes, le nombre dépendant de l'étendue de la maladie, produit un affaissement du poumon sous-jacent.

Dans la thoracoplastie, cet affaissement est permanent, alors qu'il est temporaire ou réversible dans le pneumothorax artificiel et, du moins, en théorie, aussi dans le pneumothorax extrapleurale.

Le but de cet affaissement est d'enlever au poumon toute fonction, de le mettre au repos, lui permettant ainsi de cicatrifier ses lésions tuberculeuses.

Cette opération nous a été donnée par Ferdinand Sauerbruch, qui, au début, pratiquait ce qui a été appelé la thoracoplastie paravertébrale totale. Elle acquit une grande popularité, mais elle présen-

---

\* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 9 novembre 1951.

tait, tout de même, des désavantages sérieux : a) tout le poumon était sacrifié, même si seulement un lobe ou une partie de lobe était atteint ; b) l'affaissement complet des cavités n'était pas toujours obtenu ; c) le taux de mortalité était trop haut.

Alors, à partir de la technique préconisée par Sauerbruch, on évolua vers la thoracoplastie sélective, c'est-à-dire vers une thoracoplastie qui n'affaissait que le lobe malade et le moins possible de tissu sain. Des constatations pathologiques révélèrent que les lésions siégeaient surtout au sommet, et, de cette constatation, découla la technique actuelle de résection de côtes de haut en bas.

Le taux de mortalité élevé fut bientôt abaissé et même rendu presque nul, lorsqu'on se mit à diviser la thoracoplastie en différents stades.

Ainsi, on avait remédié à deux des objections portées contre la grande thoracoplastie de Sauerbruch. La thoracoplastie était devenue sélective et comportait un taux de mortalité négligeable.

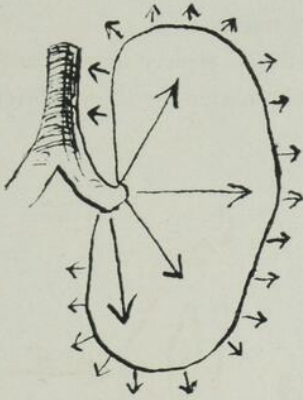
Mais une des objections demeurait ; elle demeure encore, aujourd'hui, et, à mon avis, elle est importante : c'est qu'on affaissait *peu* de cavités et, par conséquent, on guérissait bien peu de malades.

C'est en face de cette constatation que Carl Semb, d'Oslo, entreprit l'étude du problème. Il travailla à élaborer une méthode plus efficace et basée sur des principes plus précis et rationnels. Il faut dire que le développement de la thoracoplastie avait eu une base purement empirique.

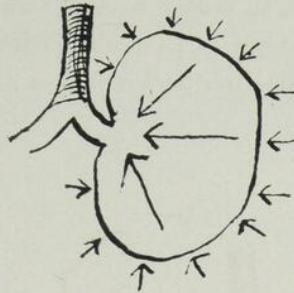
L'expérience prouvait, et elle le prouve encore, que la thoracoplastie simple mais sélective donne des résultats qui ne sont pas assez satisfaisants.

Pourquoi cette opération ne donne-t-elle pas les résultats auxquels nous nous étions attendus ? Parce qu'elle viole certains principes fondamentaux de physique. La thoracoplastie simple ne fait qu'affaisser le poumon en une direction, c'est-à-dire de dehors en dedans, peut-être, aussi, d'arrière en avant. Tout organe, surtout un organe rond ou parabolique comme le lobe supérieur d'un poumon, suit des lignes de force qui vont du centre vers la périphérie, en expansion (graphique 1), et de la périphérie vers le centre, en état de relâchement (graphique 2).

(1) En expansion.

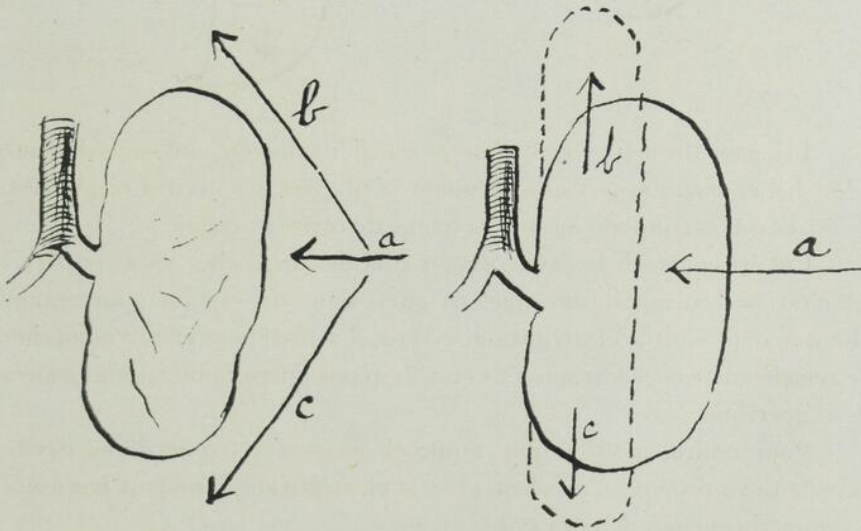


(2) En état de relâchement.



En d'autres termes, un organe de cette forme ne peut être bien affaissé que concentriquement.

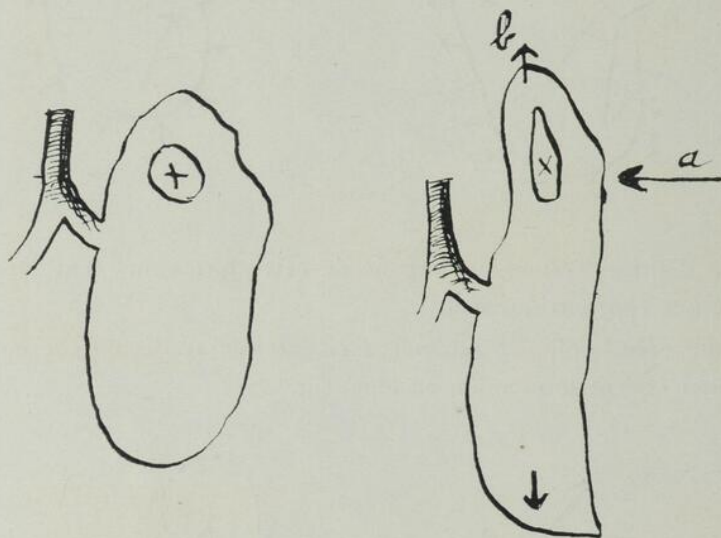
Une force appliquée seulement en latérale se décompose en deux forces qui étirent le poumon en longueur.



Ainsi la force *a*, appliquée à la face latérale du poumon, se décompose en forces *b* et *c*. Il en résulte que nous aurions le même résultat en tirant

sur le sommet et sur la base du poumon. Et ces forces vont en des directions contraires, à l'état de relâchement parfait.

Si, au milieu de cette forme pulmonaire, se trouve une cavité, que devient-elle? Elle subit l'effet de la décomposition de la force latérale et se laisse étirer par en haut et par en bas.



Les gens du métier en ont assez vu qu'ils doivent me concéder que c'est bel et bien l'aspect que prennent la plupart des cavités résiduelles. C'est ce qui correspond au mot si imagé de *cavité en cigare*.

Cet étirement de la cavité a pour effet de rapprocher ses deux parois et c'est par ce mécanisme que, en effet, dans un certain pourcentage des cas, se produit la cicatrisation. Mais, il a aussi pour effet d'empêcher le relâchement concentrique et l'état de repos du poumon, si nécessaires à sa guérison.

Pour croire qu'un simple rapprochement des parois d'une cavité bacillaire va produire l'accolement et la cicatrisation, il ne faut pas avoir examiné beaucoup de ces cavités.

Mes confrères, les phthisiologues, trouvent qu'il n'y a pas de meilleur affaissement que celui qui est donné par le pneumothorax artificiel de Forlanini. Je suis bien de leur avis; j'ai choisi ce mode de collapsus

(6)

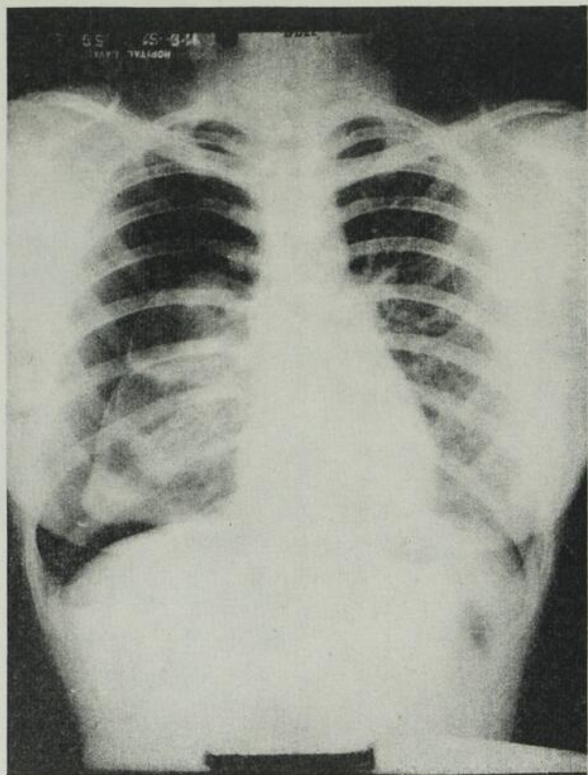


Figure 1.

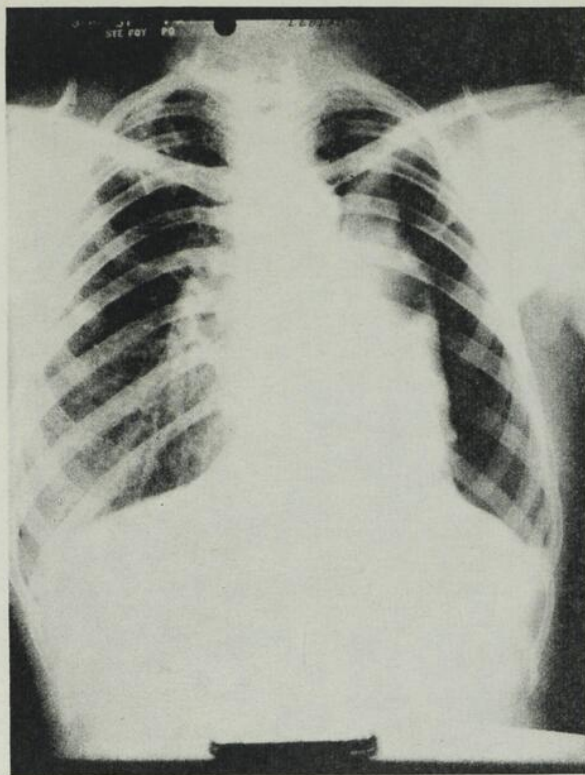


Figure 2.

comme modèle pour mes thoracoplasties. Dans le pneumothorax, c'est précisément parce que l'affaissement se fait de façon concentrique que les résultats sont bons et, aussi, parce qu'il ne s'agit pas d'une compression forcée, mais bien d'un relâchement, d'une libération du poumon, ce qui lui permet de se contracter.

Quand le poumon est suspendu par le haut, ne sommes-nous pas demandés, comme chirurgiens, d'intervenir par voie endoscopique et d'essayer de libérer ce sommet? Pourquoi? Pour créer un relâchement concentrique du poumon.

Voici une radiographie (n° 1) que je détiens d'un phtisiologue averti. Il m'a assuré que c'est l'image d'un pneumothorax excellent. Il s'agit d'une lésion du sommet. On dit pneumothorax excellent, qu'on le sache ou non, parce que l'affaissement du lobe supérieur est concentriquement parfait et que le sommet n'est pas suspendu.

Une autre radiographie (n° 2) montre un pneumothorax non satisfaisant; ce n'est pas moi qui le dis, ce sont les phtisiologues qui classent ainsi ce résultat de pneumothorax. Et, pour le rendre parfait, on nous demande d'aller sectionner les adhérences qui suspendent le sommet. Ces phtisiologues ont parfaitement raison.

Une autre radiographie (n° 3) montre qu'un relâchement concentrique parfait a été ainsi obtenu.

La radiographie (n° 4) démontre ce que l'on classe comme un affaissement très imparfait, parce que la traction se fait dans l'axe apico-dorsal, vu l'attachement du sommet.

Si on veut, maintenant, transposer ces faits dans le plan de la thoracoplastie, en gardant les mêmes principes, ne voit-on pas un rapprochement entre les images d'une thoracoplastie simple et celles d'un mauvais pneumothorax? Comparons les radiographies 2 et 5, est-ce que cela ne donne pas l'idée d'aller abaisser ce sommet qui est resté suspendu?

Regardons les radiographies suivantes (5 et 6), ce sont de beaux exemples d'une thoracoplastie simple où le poumon est resté suspendu au sommet par ses attaches anatomiques normales. Et c'est cette suspension qui maintient la cavité béante. Nous avons, un peu plus tard, réséqué

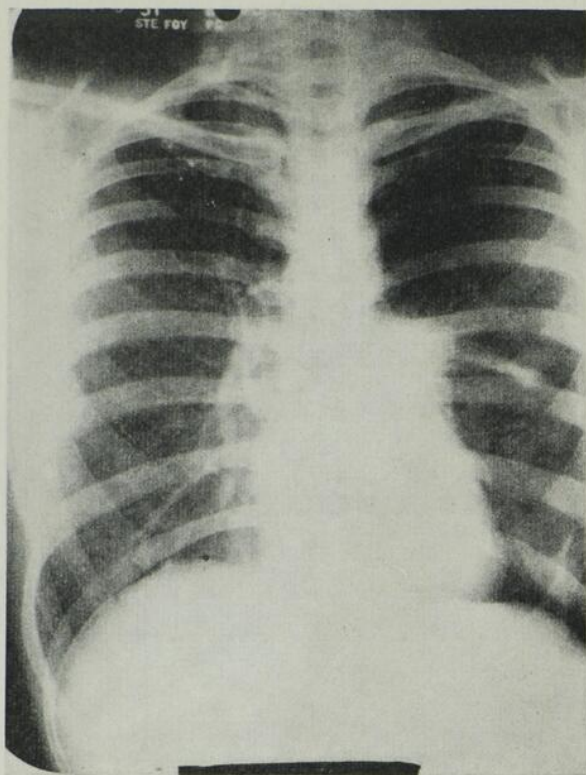


Figure 3.

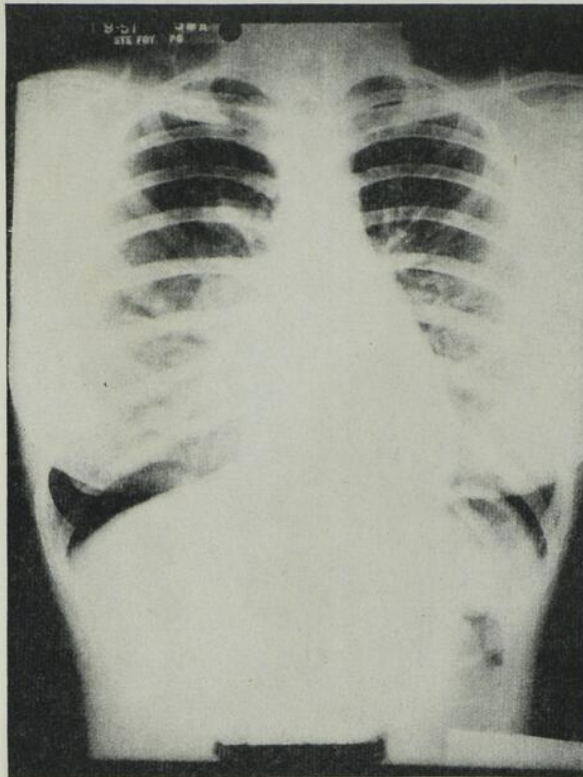


Figure 4.

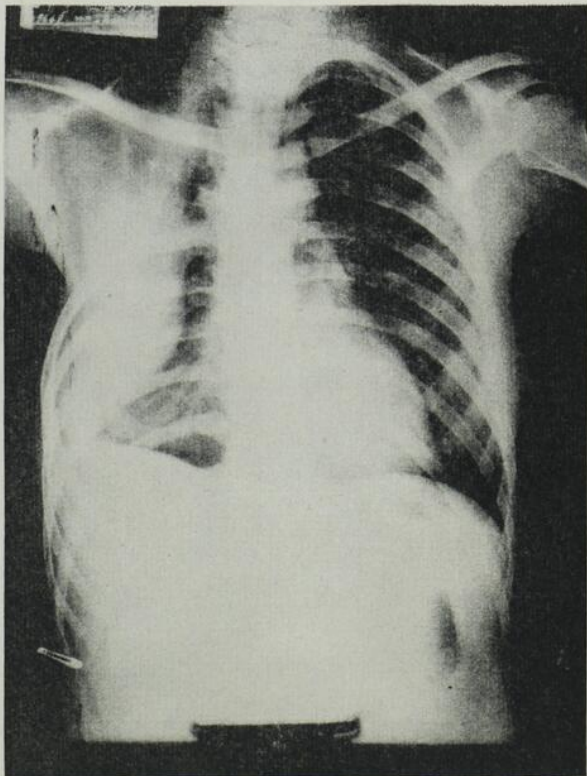


Figure 5.

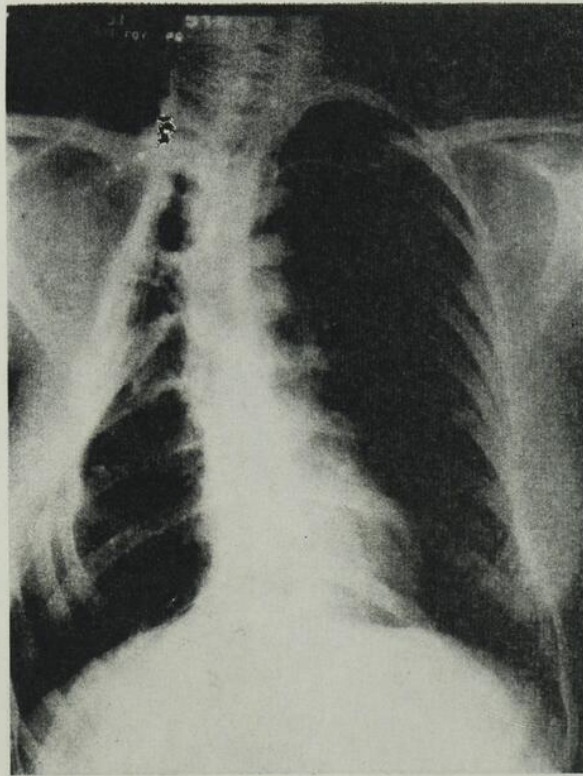


Figure 6.

ce lobe ; il contenait une cavité de trois pouces de long et d'un pouce et demi de large.

J'ai parlé de principes de chirurgie et je suis peut-être demeuré dans un plan bien théorique. Regardons, maintenant, les résultats qu'a donnés la thoracoplastie simple.

Je ne puis donner de meilleure statistique que celle qui nous a été fournie, en avril de cette année, à la réunion annuelle de l'Association américaine de chirurgie thoracique. Elle provient du Service d'Alexander, auteur de la thoracoplastie moderne simple, telle qu'elle est pratiquée d'une manière étendue en Amérique.

Le rapport porte sur 278 malades opérés, entre 1935 et 1945, et réexaminés en 1950, soit cinq ans après leur thoracoplastie : 65.1 pour cent des opérés présentent des lésions apparemment inactives et sans cavités ; 62.5 pour cent des opérés ont des expectorations négatives après ensemencement sur des milieux appropriés. La stabilité des lésions cicatricielles, la disparition des cavités et l'absence du bacille de Koch dans les crachats ou le liquide gastrique, sont les critères sur lesquels nous nous basons pour décider si une thoracoplastie a été ou non un succès. Évidemment, d'autres facteurs, tels que l'insuffisance respiratoire, pour n'en mentionner qu'un, exercent aussi une influence relative.

Cela est un peu loin des beaux résultats à 90 et 95 pour cent de guérison apparente que proclament des chirurgiens.

Par curiosité, voyons ce que sont devenus les autres 35 pour cent : 27 pour cent sont décédés et 8 pour cent ne sont pas améliorés.

Nous savons tous qu'on peut faire dire bien des choses aux statistiques. Voilà pourquoi, dans ce même rapport, on déclare que 85 pour cent des patients sont négatifs. Mais, il ne s'agit que des sujets vivants et on ignore les 27 pour cent qui sont décédés.

A la même réunion, un autre auteur américain rapporte 514 cas ayant subi le même genre de thoracoplastie, de 1927 à 1946. Il se contente de donner *un* chiffre. C'est le seul, dit-il, qui ne peut mentir et c'est son chiffre de mortalité : il est de 47 pour cent. Évidemment, ce taux comprend la mortalité précoce et tardive. Il semble raisonnable de croire que, plus on aura des cavités résiduelles et des expectorations positives pendant des mois, plus haut sera le taux de mortalité tardive par tuberculose.

\* \* \*

Je veux maintenant parler de l'apicolyse extrafasciale associée à la thoracoplastie.

D'abord, qu'est-ce que l'apicolyse? Comme son nom le dit, c'est la libération du sommet du poumon au cours d'une thoracoplastie. Libération d'au moins le lobe supérieur, sur toutes ses faces, pour lui permettre comme au cours du pneumothorax artificiel, de s'affaisser concentriquement sur lui-même.

Il s'agit donc, après avoir enlevé deux et demie ou trois des premières côtes, de trouver un plan de clivage entre la paroi thoracique, c'est-à-dire ce qui reste des côtes, d'une part, et le sommet du poumon ou la plèvre pariétale, d'autre part. Cette séparation crée une cavité qui est appelée l'espace de Semb. Le poumon, recouvert de plèvre pariétale est détaché, d'abord, du sommet, puis, de la gouttière costo-vertébrale, où il est souvent très adhérent, puis de la surface médiastinale. Le décollement se poursuit, antérieurement jusqu'à la deuxième côte et, postérieurement, jusqu'à la sixième. La surface médiastinale est exposée, l'apicolyse est considérée comme satisfaisante quand on expose la crosse de l'aorte, à gauche, et la crosse de l'azygos, à droite.

Une fois faite, l'apicolyse donne à peu près l'image radiologique de la radiographie n° 7. Tout le lobe supérieur s'est affaissé concentriquement. Notez bien que lorsque les médecins voient cette image chez un porteur de pneumothorax, ils disent : *affaissement sélectif à peu près parfait.*

Théoriquement, donc, nous croyons que la thoracoplastie avec apicolyse est supérieure à la thoracoplastie simple, parce qu'elle est basée sur des principes chirurgicaux logiques, et non sur un simple empirisme.

En pratique, que donne cette opération? Son innovateur, Carl Semb, réclame que 80 pour cent des opérés cicatrisent leurs lésions et deviennent négatifs, quant à l'examen bactériologique de leurs expectorations. Le chirurgien royal, Pryce Thomas, le protagoniste de cette opération en Grande-Bretagne, m'a assuré personnellement qu'il avait 85 pour cent de succès avec cette méthode.

Nous l'avons adoptée, parce que le raisonnement sur lequel elle est basée nous plaisait et aussi parce que nos maîtres scandinaves et anglais nous ont montré sa valeur et la technique de son accomplissement.

*Les avantages de la thoracoplastie avec apicolyse :*

1. D'abord, elle donne un plus haut pourcentage de guérison. A ce sujet, le Service des voies respiratoires de l'hôpital Cochin rapporte 20

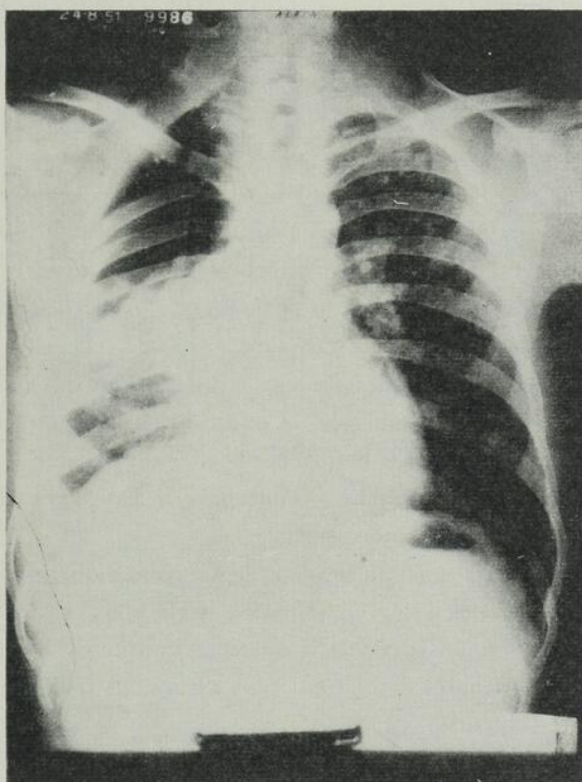


Figure 7.

pour cent de cavités résiduelles dans les thoracoplasties avec apicolyse contre 45 pour cent dans les thoracoplasties simples.

2. Elle cause moins de difformités. Les apophyses transverses ne sont jamais réséquées et la statique vertébrale est mieux conservée.

3. Elle prépare mieux le terrain, advenant la nécessité d'une résection post-thoracoplastie.

4. Cette opération produit deux affaissements séparés mais simultanés : celui du poumon et celui de la paroi thoracique. Contrairement à la thoracoplastie simple, qui ne collabe le poumon que par l'action de l'affaissement de la paroi.

5. Elle produit moins de respiration paradoxale.

6. Elle maintient elle-même l'affaissement du lobe par la collection liquidienne dans l'espace de Semb.

*Les désavantages de cette opération :*

1. Le premier stade est une opération plus longue et plus difficile que le premier stade d'une thoracoplastie simple. Cela peut être un désavantage, mais on ne peut, aujourd'hui, en faire une objection.

2. L'espace de Semb peut s'infecter. Depuis quatre mois, nous n'avons eu qu'une petite infection passagère. Avec les antibiotiques, cette complication est devenue plus rare.

3. On peut avoir un affaissement trop marqué dû à la collection liquidienne dans l'espace de Semb. Ce fait qu'on considérait comme un désavantage, au début, est maintenant considéré comme une bonne chose qui aide à l'affaissement. Toutefois, il est facile d'aspirer du liquide, si la chose devient nécessaire.

4. On peut avoir un suintement de la collection liquidienne vers l'extérieur, à travers les points de la plaie. Cela nous est arrivé quelquefois, au début, mais, en surveillant notre technique de fermeture et en obtenant que les malades demeurent plus assis dans leur lit, nous avons surmonté cette difficulté.

5. La plus grande objection et la plus valable qu'on ait portée contre cette opération, c'est que le bon affaissement obtenu n'est que temporaire et que, souvent, le sommet du poumon réintègre son ancienne situation. Nous n'avons pu mettre en évidence la cause de ce phénomène. Il en résulte à peu près 15 pour cent de cavités résiduelles. Ce 15 pour cent fait l'objet de notre plus grande attention. Il est très difficile de dire quels patients seront dans les 15 pour cent, mais nous avons à peu près la certitude que, dans ces cas, c'est vers la résection

qu'il faut se diriger ; certainement pas vers une forme de thoracoplastie encore moins collapsogène. Nous nous efforçons de ne pas dépasser quinze jours entre nos temps de thoracoplastie pour ne pas perdre le bon effet de notre apicolyse et nous essayons de nous abstenir d'aspirer l'espace de Semb, afin d'aider à l'affaissement. Nous étudions, actuellement, diverses méthodes de garder le sommet abaissé, telles que l'emploi de sacs de polythène, de boules de plastique, etc. Cela fera le sujet d'une autre communication.

Nous avons voulu montrer la supériorité de la thoracoplastie avec apicolyse sur la thoracoplastie simple.

Notre étude a été bien théorique, nous nous en excusons ; mais tout bon travail pratique doit être basé sur un système d'idées et de raisonnement. Je vous assure que nous sommes moins abstraits au cours de notre travail quotidien et j'espère que, d'ici quelques mois, nous pourrons présenter les preuves vivantes de ce que nous venons d'avancer.

---

# MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ANESTHÉSIE DANS LA CHIRURGIE THORACIQUE ET PULMONAIRE \*

---

### Le pentothal

par

Adrien PAQUET

*anesthésiste à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à l'Hôpital Laval*

---

### L'ANESTHÉSIE ENDOBRONCHIQUE

L'anesthésie endobronchique est une méthode d'anesthésie qui consiste à introduire une sonde dans l'orifice de la bronche-souche du poumon sain, de sorte que l'oxygénation du malade et l'entretien de l'anesthésie se feront exclusivement du côté du poumon sain. En comparaison avec l'anesthésie endotrachéale, elle présente des difficultés encore beaucoup plus grandes, surtout si l'introduction doit se faire du côté gauche, là où la bifurcation des bronches a un angle aigu beaucoup plus prononcé.

Difficile d'introduction, l'anesthésie endobronchique est aussi difficile à maintenir et, une fois la sonde introduite, les réflexes de la toux doivent

---

\* Cf. *Laval médical*, 17 : 1, 39, (janvier) 1952.

être constamment abolis, puisque le moindre effort de toux aura pour effet de déplacer la sonde et de faire de l'anesthésie endobronchique une simple anesthésie endotrachéale.

Tous les inconvénients qui ont été énumérés au sujet de l'anesthésie endotrachéale ont tous leur raison d'être au sujet de l'anesthésie endobronchique et il faut y ajouter les difficultés de technique spéciale qui, en somme, compliquent de beaucoup le problème de l'anesthésie.

Tout de même, l'anesthésie endobronchique a des indications et sa plus belle application est dans les interventions où il existe des fistules broncho-pleurales.

Si, en plus de sa situation dans la bronche-souche du poumon sain, la sonde est munie d'un ballon qui fait manchon sur la paroi de la sonde, le poumon sain sera totalement isolé du poumon malade ; c'est là le grand avantage de cette technique d'anesthésie endobronchique. Il est, en plus, possible, avec cette technique, de faire l'aspiration des sécrétions dans la bronche saine en installant une succion dans la lumière de la sonde.

Avec une anesthésie endobronchique réussie, l'anesthésiste a le malade sous contrôle. Il pourra, à volonté, augmenter ou diminuer la profondeur de son anesthésie, il sera assuré d'une oxygénation normale du sang du malade, il pourra instituer la respiration contrôlée et faire la respiration sous pression. Les succès dans ce domaine relèvent, pour une grande part, de l'habileté de l'anesthésiste et il y a une distinction à faire entre la théorie et la pratique.

Du point de vue du chirurgien, cette technique sera de nature à lui inspirer confiance et il n'aura pas cette crainte que les manipulations sur un poumon malade puissent contribuer à l'évacuation dans les bronches d'une quantité de pus et de sang qui, introduite dans le poumon sain, peut être cause de fatalité brutale au cours de l'intervention ou de complications pulmonaires sérieuses dans les suites opératoires.

#### LA PRESSION POSITIVE

Dans les techniques d'anesthésie pour la chirurgie pulmonaire, il faut tenir compte d'un facteur spécial à cette chirurgie, facteur qui est

constitué par les perturbations de la pression pulmonaire dans un thorax ouvert. La technique anesthésique doit avoir tendance à corriger ces perturbations de pression ; et se pose alors le problème de l'anesthésie en pression positive. Tout comme pour la question de l'anesthésie endotrachéale, les opinions sont nombreuses et différentes les unes des autres. La question est en litige.

Quoi qu'il en soit, il est utile de rappeler ici quelques notions fondamentales qui serviront à la bonne compréhension du problème. Chez l'individu normal, la pression intrapulmonaire est de moins cinq millimètres de mercure pendant l'expiration et de moins dix millimètres de mercure pendant l'inspiration. Mais, advenant un pneumothorax spontané, il se produit des perturbations importantes dans cet équilibre qui peuvent même conduire à l'asphyxie provoquée par l'affaissement du poumon. Cet affaissement du poumon est le résultat de l'entrée de l'air extérieur qui exerce une pression atmosphérique d'environ quinze millimètres de mercure par pouce carré. Il est inutile d'ajouter que dans la chirurgie pulmonaire le thorax est ouvert, il se fait nécessairement un pneumothorax, le poumon s'affaisse et c'est pour corriger les inconvénients de cet état de choses que se pose le problème de la respiration sous pression positive pour les interventions pulmonaires.

Plusieurs théories ont été émises sur les causes des inconvénients que peut donner la perte de la pression négative du poumon.

Kirschner affirme que le facteur important de ces troubles n'est pas dû à l'affaissement du poumon, mais aux mouvements du médiastin. En effet, si le médiastin est devenu immobile pour une raison pathologique quelconque, l'ouverture de la cavité pleurale ne produit plus aucun trouble. Par contre, si le médiastin est mobile, le pneumothorax cause des accidents graves. Le médiastin n'est plus soutenu, il devient flottant, et les accidents sont dus moins à l'insuffisance respiratoire qu'à la constriction et au déplacement des gros vaisseaux du médiastin qui nuisent au travail du cœur.

Toute cette théorie a tout de même subi une dure épreuve quand des chirurgiens ont commencé à faire des interventions pulmonaires à l'anesthésie rachidienne pour constater qu'avec cette technique anesthésique le patient respirait facilement, sans aucune difficulté et que des

lobectomies de durée importante ont été effectuées, sans la moindre cyanose du côté du malade. Ils en ont conclu que, chez les patients sous anesthésie générale, de même que chez les patients qui n'avaient aucune anesthésie, il existait des facteurs qui produisaient ces résultats désastreux de ballonnement du médiastin quand le thorax était ouvert et que ces mêmes effets désastreux n'existaient plus avec l'anesthésie rachidienne.

Hess et Killion ont alors démontré qu'il existait un mécanisme réflexe entre le poumon et les espaces intercostaux et que ce réflexe régularisait l'intensité des mouvements respiratoires, suivant les besoins d'oxygène de l'organisme. Ce réflexe est particulièrement visible quand le poumon est affaissé. Il se produit alors, des mouvements violents du diaphragme et une hypertonicité des muscles intercostaux.

Sous anesthésie rachidienne, l'insensibilisation des nerfs intercostaux empêche ce réflexe de s'établir et c'est ce qui explique l'absence des troubles respiratoires avec la rachianesthésie.

La pression positive est donc un facteur dont il faut tenir compte dans la chirurgie pulmonaire sous anesthésie générale ; elle n'a aucune indication dans la rachianesthésie.

Elle devient utile quand le pouls est rapide et que le malade est pâle. Elle comporte, tout de même, des dangers importants et elle doit être employée avec précaution.

Elle comporte le danger de repousser les sécrétions dans les parties saines du poumon et de propager l'infection.

La pression positive doit être maintenue à environ cinq millimètres de mercure. Supérieure à la pression atmosphérique, la limite serait de huit millimètres de mercure.

Dans les cas où il y a des lésions de la plèvre viscérale, il peut s'établir des communications broncho-pleurales et la pression positive peut être augmentée considérablement jusqu'à cinquante-huit millimètres de mercure.

Une pression positive à vingt-quatre millimètres de mercure sur un poumon dont la plèvre est normale aboutit à de l'emphysème du médiastin, ce qui est une complication sérieuse. Cette éventualité peut se produire si l'anesthésiste ferme sur son appareil à anesthésie la valve

d'expiration. La pression intrapulmonaire monte de façon dangereuse pendant l'expiration, il peut s'établir un pneumothorax et de l'emphysème pulmonaire. L'air s'infiltré dans les espaces périvasculaires et le long des vaisseaux du médiastin. Il se produit alors une distension thoracique intense, les vaisseaux sont comprimés et il peut s'établir de la cyanose.

Au cours d'une intervention, l'anesthésiste peut maintenir une pression positive pour toute la durée de l'intervention. Ceci est facilité par les techniques d'anesthésie en circuit fermé et par l'anesthésie endotrachéale. Il est important, pour arriver à ce but, que l'appareil d'anesthésie soit muni d'un manomètre indicateur de la pression et seul ce manomètre est capable d'indiquer ce degré exact de pression.

Une autre technique consiste à établir une pression positive de façon intermittente et une méthode simple est de faire, de façon manuelle, des compressions du ballon de la machine.

La pression positive va permettre, au cours de l'intervention, de réaliser un équilibre de tension du poumon à peu près égal à l'équilibre physiologique.

Elle va servir à diminuer les effets nocifs de l'ouverture du thorax et de l'affaissement du poumon ; elle aura tendance à maintenir la tension exercée sur le médiastin, la cyanose ne viendra pas, la circulation sera meilleure et les causes de chocs opératoires seront beaucoup diminuées.

#### LA RESPIRATION CONTROLÉE

Le phénomène de la respiration contrôlée peut se définir comme l'aptitude de l'anesthésiste à contrôler, à volonté, les mouvements respiratoires d'un malade sous narcose profonde et chez qui les mouvements respiratoires automatiques n'existent plus.

La respiration contrôlée est cause de nombreux succès de l'anesthésie moderne. Elle a certainement empêché un grand nombre de morts anesthésiques et elle trouve toute son indication dans la chirurgie thoracique et pulmonaire. Elle doit être utilisée à bon escient dans le but de maintenir en activité les mouvements respiratoires, mais non pas dans le but de les remplacer. Elle doit être instituée au moment, et à ce moment seul, où les mouvements respiratoires naturels sont déficients

et elle permettra alors de maintenir une oxygénation normale, avec toutes les conséquences qui peuvent s'ensuivre chez un patient en état de menace de syncope respiratoire.

Crawford a utilisé la respiration contrôlée dans le but de diminuer la tension du gaz carbonique dans le sang, au cours des interventions thoraciques. Il provoque la nécessité d'établir la respiration contrôlée en instituant des mouvements de respiration artificielle intense qui ont pour effet de diminuer le taux de l'acide carbonique dans le sang à un niveau si minime qu'il est insuffisant pour stimuler le centre respiratoire et, dès lors, la respiration ne peut être maintenue que par les techniques de respiration contrôlée.

Cette technique de provocation de la nécessité de la respiration contrôlée est peu en faveur et ne semble pas recommandable, car, en effet, si l'usage de la respiration contrôlée a permis d'éviter de nombreux échecs, son utilisation exagérée n'en comporte pas moins des dangers réels et qu'il faut savoir éviter.

En effet, un des meilleurs critères que possède l'anesthésiste pour juger de la profondeur et de la qualité de sa narcose, ce sont, sans aucun doute, les caractères de la respiration avec la respiration contrôlée, les signes respiratoires sont profondément modifiés et l'anesthésiste aura de la difficulté à reconnaître la profondeur de son anesthésie.

De plus, une respiration contrôlée maintenue pendant trop longtemps produit l'alcalose du sang ; l'alcalose augmente la fatigue du centre respiratoire et il y a un danger réel.

Les techniques de respiration contrôlée peuvent être des plus simples et des plus variées. Crawford utilise un appareil mécanique très compliqué ; un spiropulsateur automatique qui exerce une compression et une décompression toujours rythmée. Une technique très facile est celle de Nosworthy qui consiste, le plus simplement possible, à se servir de l'appareil à anesthésie ordinaire et à faire la compression manuelle du ballon à chaque inspiration suivant le rythme de la respiration.

De toute évidence, la respiration contrôlée est un facteur qui contribue à inspirer un caractère de sécurité et de contrôle des accidents de la narcose. Elle a toujours ses indications dans la chirurgie pulmonaire ; surtout si elle est utilisée de façon intermittente, aux moments critiques

de l'intervention, elle saura maintenir l'effort du centre respiratoire et prévenir de nouveaux échecs.

En résumé, ce long exposé de principes sur les conditions normales et pathologiques de l'anesthésie générale en chirurgie pulmonaire était de nature à mettre en évidence les difficultés et la complexité de ce problème. C'est réellement dans ce domaine que l'anesthésie générale s'est manifestée comme une grande spécialité médicale et elle a obtenu des résultats qui sont tout à son honneur.

Dans une revue d'ensemble des progrès de l'anesthésie en chirurgie thoracique, il est possible de mettre en évidence les points importants qui découlent de l'application des techniques anesthésiques.

Maintenir à tout prix les voies respiratoires libres, contrôler en tout temps l'oxygénation normale des tissus, voir à l'élimination constante de l'acide carbonique, empêcher les sécrétions bronchiques de diffuser dans le poumon sain, évacuer les sécrétions, éviter l'atélectasie pulmonaire, rétablir le réflexe de la toux le plus tôt possible après l'intervention, réveiller les malades rapidement, favoriser l'usage du thermocautère pour diminuer la longueur et l'hémostase : tous ces problèmes relèvent des techniques anesthésiques modernes en chirurgie thoracique et pulmonaire ; mais à la solution de tous ces problèmes s'ajoutent encore toutes les difficultés de l'anesthésie générale moderne dont il est nécessaire d'avoir une maîtrise complète avant de s'attaquer à la narcose spéciale de la chirurgie thoracique et pulmonaire.

Un point capital pour arriver à des résultats satisfaisants est le choix des techniques anesthésiques et la possession d'un matériel approprié. Il est reconnu que la technique anesthésique approuvée dans tous les milieux est l'anesthésie en circuit fermé, avec absorption du gaz carbonique par la chaux sodée, c'est la seule technique qui puisse permettre le contrôle parfait de la respiration, la respiration sous pression positive et la respiration contrôlée.

Henri Beecher, qui utilise l'anesthésie à l'éther, condamne, de façon catégorique, les techniques d'administration au masque ouvert et il affirme que c'est la possibilité d'administrer l'éther en circuit fermé, avec un fort pourcentage d'oxygène, et l'absorption de l'anhydride carbonique qui lui ont permis d'obtenir des résultats avec ce médicament, au point

de le préconiser comme un agent idéal, là où la plupart des auteurs le jugent dangereux et inapte à l'utilisation en chirurgie thoracique.

Le succès semble directement en rapport, non pas avec les qualités de l'agent anesthésique, mais plutôt en rapport avec les qualités des techniques anesthésiques et la possibilité de contrôler à volonté la profondeur de la narcose, de pouvoir aspirer les sécrétions, de faire de la respiration contrôlée. Tous ces éléments de succès ne peuvent être garantis sans la technique d'anesthésie en circuit fermé et sans la présence des appareils qu'il est nécessaire d'avoir à sa disposition. L'anesthésiste doit avoir à sa disposition tout le nécessaire à anesthésie endotrachéale et tout le nécessaire à l'aspiration des sécrétions.

De plus, au cours des interventions, une attention spéciale sera apportée à l'utilisation des sérums, des transfusions et du plasma, suivant l'état du malade. Les analeptiques auront leurs indications et, en aucun temps, la vigilance de l'anesthésiste ne devra être trompée.

Les différents stades d'anesthésie générale apportent chacun leurs difficultés. Ces difficultés sont de l'essence même de l'action des anesthésiques sur les centres nerveux et sont, en conséquence, difficiles à éliminer. Mais, tout de même, en modifiant les techniques d'anesthésie et en connaissant mieux l'action des anesthésiques, on peut arriver à restreindre au minimum les inconvénients des différents stades d'anesthésie. C'est ainsi que les difficultés de la période d'induction de l'anesthésie générale sont très importantes et il est possible de les contourner, sinon de façon absolue, du moins de façon provisoire, en adoptant une technique d'anesthésie qui sera applicable seulement à ce stade d'anesthésie, quitte ensuite à compléter la narcose en changeant la technique et même l'agent anesthésique.

L'effort fourni par les anesthésistes pour contrôler la période d'excitation a été de nature à faire naître une quantité de techniques anesthésiques spéciales qui sont toutes modifiées pour l'entretien de la narcose au stade d'anesthésie chirurgicale, là où les problèmes à résoudre sont tout à fait différents des problèmes de l'induction anesthésique.

Une revue d'ensemble du problème des techniques anesthésiques donne l'impression que, pour tous, les difficultés de la narcose se divisent

en deux grandes catégories : celle de l'induction et celle du contrôle de l'anesthésie.

Il faut signaler que les techniques anesthésiques modernes ne comprennent que rarement l'usage d'un seul médicament mais, en réalité, elles peuvent utiliser plusieurs anesthésiques dont un sera l'agent principal et les autres, des agents de complément.

Aussi, un tel affirme qu'il fait ses anesthésies à l'éther, quand, en réalité, il a administré de l'avertine ou du pentothal ou du protoxyde d'azote, comme complément à son agent anesthésique principal. En réalité, ce n'est plus une anesthésie à l'éther ni au cyclopropane qu'il a faite, mais une anesthésie mixte dont l'agent principal a pu être l'éther ou le cyclopropane ou encore tout autre agent susceptible d'être utilisé. Aussi, les techniques d'anesthésie varient-elles à l'infini ; toutes ont le même but, mais, pour atteindre ce but, les moyens diffèrent.

Dans la chirurgie thoracique et pulmonaire, il ne saurait être question de faire une description détaillée de toutes les techniques d'anesthésie générale décrites par les auteurs ; de plus, toutes ces techniques ont des points de repère communs et ces points de repère ont déjà été assez longuement étudiés sans qu'il soit nécessaire de les souligner de nouveau.

En conséquence, il devrait être suffisant de signaler l'essentiel des techniques les plus en évidence, tout en évitant les répétitions lourdes et pénibles.

#### *Résumé de quelques techniques reconnues et approuvées*

Un certain nombre de techniques anesthésiques ont reçu l'approbation de différents centres chirurgicaux ; elles sont reconnues et approuvées ; d'autres sont caractérisées par leur originalité et ne peuvent avoir qu'un intérêt de curiosité. Il est utile d'en signaler quelques-unes accompagnées des noms des auteurs qui les préconisent.

*Crawford.* Il préfère la méthode de la respiration contrôlée qu'il obtient en utilisant un appareil spécial spiropulsateur qui effectue, de façon mécanique, et l'inspiration et l'expiration. Le gaz carbonique est éliminé ; le centre respiratoire n'est plus stimulé et ce sont les manœuvres mécaniques de son appareil qui remplacent le fonctionnement du centre

respiratoire. L'agent anesthésique est le protoxyde d'azote qui peut être renforcé par le cyclopropane.

*Beecher.* Il utilise l'éther-oxygène en circuit fermé avec absorption du gaz carbonique et met le poumon sous pression positive pour toute la durée de l'intervention. L'induction se fait au protoxyde d'azote.

*Nosworthy.* La médication préliminaire est très intense et suivie de l'administration de cyclopropane. Il maintient une pression positive par la méthode de compression manuelle du ballon de l'appareil à chaque inspiration. L'élimination de l'anhydride carbonique abolit la respiration normale et il institue la respiration contrôlée.

*Bradshaw.* Il recommande une anesthésie de base à l'avertine suivie d'une induction au protoxyde d'azote et complétée à l'éther. Il se sert d'un tube endotrachéal seulement pour s'assurer d'un libre passage de l'air. La respiration se fait à la fois et par la lumière du tube et par l'espace entre le tube et les parois de la trachée-artère.

*Corrillos et Boss.* Ils favorisent l'anesthésie au cyclopropane et préconisent une intubation seulement s'il y a beaucoup de sécrétions. Ils utilisent aussi d'autres agents anesthésiques volatils ou non.

*Halton.* L'induction se fait au chlorure d'éthyle ou au vinéthène, puis il passe à l'éther et au chloroforme. Il fait, ensuite, une intubation à l'aveuglette avec une sonde, type Magill, dont le diamètre est la moitié de celui du larynx.

*Hutton.* Sa technique lui permet d'utiliser le thermocautère. La médication préliminaire est forte, puis c'est l'anesthésie de base de l'avertine. Il se sert, ensuite, de l'anesthésie locale, puis l'induction se fait au pentothal et l'anesthésie est maintenue au protoxyde d'azote.

*Lundy.* Pour les thoracoplasties, il recommande la rachidienne. Il favorise le cyclopropane et le protoxyde d'azote.

*Neff et Gunn.* Ils exigent l'anesthésie endotrachéale, la position de Trendelenburg et l'aspiration bronchique par le tube. Ils utilisent le cyclopropane et l'infiltration à l'anesthésie locale des hiles.

*Phillipps.* Il adopte l'anesthésie locale avec un complément d'éthylène. Il recommande le drainage des bronches par la position décline.

*Wigin et Schultz.* Chez les patients qui ont beaucoup de sécrétions, ils recommandent la bronchoscopie préventive avant l'anesthésie. Puis,

sous anesthésie au cyclopropane, ils font une intubation et maintiennent une pression positive qui n'est jamais supérieure à vingt millimètres de mercure.

*Stephens.* Dans le but de permettre l'usage du thermocautère, Stephens utilise le protoxyde d'azote et le curare dont le but est d'obtenir une apnée nécessaire pour pouvoir faire de la respiration contrôlée avec la possibilité d'utiliser le thermocautère dans la cavité pleurale, sans danger d'explosion.

Cette nomenclature des noms des auteurs, accompagnée de l'essentiel de leur technique anesthésique, pourrait se prolonger, mais elle paraît suffisante pour mettre en évidence la diversité des opinions sur les moyens à prendre pour conduire à bonne fin une narcose chirurgicale dans la chirurgie pulmonaire.

Toutes ces techniques anesthésiques sont nécessaires dans un but ultime et unique qui peut se résumer en deux mots : permettre l'intervention. Mais, envisagées à un autre point de vue, ces techniques anesthésiques comportent des éléments de gravité et des complications souvent fâcheuses qui peuvent être de nature à compliquer le problème du risque opératoire du patient.

De plus, en matière de chirurgie thoracique et pulmonaire, il n'y a pas d'intervention dont la gravité ne soit pas très importante et la nature même de l'intervention peut toujours laisser prévoir des résultats qui relèvent du hasard.

L'état général des patients est presque toujours déficient et ces opérations seraient toujours mieux supportées si l'état général était meilleur.

#### SURVEILLANCE DES MALADES

Aussi, le rôle de l'anesthésiste ne se limite pas à la conduite de la narcose ni à la prévention et au contrôle des accidents de l'anesthésie, au cours d'une intervention, mais il doit, de plus, favoriser les manœuvres du chirurgien et voir au maintien de l'état général du patient, car, au cours de ces interventions héroïques, telles qu'une pneumectomie, l'anes-

thésie peut être parfaite, l'acte chirurgical très satisfaisant et le patient peut, quand même, aller très mal.

Il est donc essentiel de soutenir l'état général du malade, tout le temps de l'opération, et cela relève encore des attributions de l'anesthésiste. La surveillance du malade sera toujours constante et elle devra même se prolonger, quelquefois, plusieurs heures après l'intervention.

Il est inutile de prendre tellement de précautions pour parfaire une opération délicate, si on abandonne, par la suite, le malade à ses propres ressources et qu'on le laisse mourir de choc opératoire ou de complications évitables.

Aussi, pendant tout le temps de l'opération, l'anesthésiste devra s'intéresser, en plus des phénomènes de l'intoxication anesthésique, à prendre et à compter les pulsations du poulx ; à déterminer la rapidité et la force des pulsations ; il devra s'intéresser à l'évolution des changements de la pression artérielle ; il devra se rendre compte de l'état de coloration des surfaces cutanées : pâleur ou cyanose, puis se renseigner sur le degré de diaphorèse des malades. L'écoulement sanguin de la plaie opératoire lui donnera un aperçu des qualités de la circulation et, chaque fois que des altérations seront signalées dans ces divers domaines, ce sera du ressort de l'anesthésiste d'instituer une thérapeutique appropriée.

S'il est important d'insister sur ce sujet, c'est qu'en réalité, du point de vue pratique, rares sont les interventions sur l'appareil respiratoire qui ne comportent pas par elles-mêmes une répercussion sur l'état général des malades et, presque toujours, le succès de l'intervention est en rapport avec l'efficacité des moyens de réanimation. L'ensemble de l'intoxication anesthésique et l'importance de l'acte chirurgical sont de nature à favoriser cet effondrement de l'état général chez des sujets déjà affaiblis par une maladie chronique.

C'est pourquoi, au cours de l'intervention, la surveillance des malades est aussi importante que l'acte anesthésique lui-même.

#### LES ANALEPTIQUES

Toute une médication préventive et curative aura pour but la prévention et le contrôle de l'état de choc opératoire.

En effet, le choc opératoire peut souvent être évité si une thérapeutique préventive est instituée au moment opportun. La rapidité du pouls, la tendance à la baisse de la pression artérielle, la pâleur et la transpiration du malade, sont des signes avertisseurs de la venue prochaine de l'état de choc. C'est pourquoi, au cours de ces interventions, il est bon, soit de renforcer l'action du cœur par de la digitaline, soit de maintenir les contractions normales des vaisseaux par de la coramine qui agit en même temps comme un stimulant respiratoire. La pression artérielle doit être maintenue par une injection d'éphédrine et, si elle est tombée, la méthédrine pourra être utilisée avec avantage.

Les analeptiques ont donc toute leur indication au cours de ces interventions, mais encore faut-il savoir comment et quand les utiliser. Une trop importante stimulation des systèmes cardio-vasculaire et respiratoire peut aussi conduire à un désastre.

Dans ce même ordre d'idées, il faut aussi faire la part de l'usage des sérums, du plasma et des transfusions. Cette médication, qui est toujours à l'honneur dans la chirurgie moderne, a des effets incontestés sur la prévention et la guérison des états de choc opératoire et il ne peut pas être question de ne pas les utiliser dans la chirurgie thoracique et pulmonaire ; de fait, tous sont d'accord pour administrer, soit du sérum, soit du plasma, soit une transfusion, dans ces cas.

La nécessité de leur administration est indiscutable, mais l'opportunité de cette thérapeutique prête à certaines controverses. Le tout est évidemment en rapport avec l'importance de l'intervention et l'état général du patient.

L'indication d'une transfusion sera certainement moins évidente chez un malade floride qui doit subir un troisième temps de thoracoplastie que chez le malade débile qui doit subir une pneumectomie. A ce premier, l'indication d'un simple sérum pourra même être discutée, tandis que, pour le dernier, sérum, plasma et transfusion seront à peine suffisants pour les besoins du malade.

Il sera souvent utile d'installer un sérum tout simplement de façon préventive et cette prévention consiste à s'assurer une voie certaine de communication avec le système vasculaire. Cet acte préventif est important, puisqu'il prévient les échecs de la thérapeutique intraveineuse

qui peut devenir difficile d'application au moment de l'établissement du choc opératoire.

Ce sérum préventif ne peut en aucune façon nuire au patient. Il lui sera au contraire toujours utile, même si son indication n'est pas absolue, et il a l'avantage de pouvoir facilement être transformé en une médication plus active, un plasma ou une transfusion, sans obliger hâtivement à des manœuvres incertaines de ponction veineuse ; il suffit, dans ces cas, tout simplement de fermer le courant du sérum et d'ouvrir le courant du plasma ou de la transfusion pour modifier du tout au tout la thérapeutique.

Il est d'observation courante qu'un patient peut avoir un système veineux bien développé qui permet l'installation d'une médication intraveineuse très facile ; mais, si, au cours d'une intervention, ce malade présente un choc opératoire grave, le système veineux s'effondre totalement et il devient impossible souvent d'avoir accès à la voie veineuse sans faire une dissection de la veine. La prévention de tous ces troubles sera l'installation préventive d'un sérum qui assure en tout temps, l'accès facile à toute la thérapeutique intraveineuse.

Certains auteurs préfèrent, pour des interventions graves comme une pneumectomie, l'administration d'une transfusion pour toute la durée de l'opération ; ils ne s'inquiètent guère de l'effet du sérum qu'ils jugent peu efficace pour une intervention du calibre d'une pneumectomie, un goutte à goutte de sang total coule constamment dans le système veineux et les changements qui peuvent être institués dans cette thérapeutique sont en rapport seulement avec la vitesse de l'écoulement du sang. Cette vitesse de transfusion est elle-même en rapport avec le degré des pertes sanguines, suivant les différents temps opératoires, et le résultat proposé est de tendre à remplacer approximativement la quantité de sang perdu par le malade. La vitesse de transfusion dans ces cas sera aussi en rapport avec la gravité de l'état de choc du malade.

D'autres auteurs, comme Richardson, préfèrent suivre les événements. Ils installent tout d'abord un sérum au début d'une opération et ils modifient à volonté cette thérapeutique suivant les besoins du malade. Le saignement devient-il important ? Par ce même tube à sérum, ils administrent une quantité équivalente de sang dont la vitesse d'injec-

tion sera en rapport avec le degré d'hémorragie. Puis, cette thérapeutique instituée, ils retournent au sérum. Le choc opératoire fait-il son apparition, il se produit une hémococoncentration et l'indication du plasma est toute trouvée.

Le traitement du choc relève de la thérapeutique plasma/transfusion et le degré de chute de pression peut indiquer la quantité de sang à injecter. Selon Richardson, la quantité de sang à administrer est de 500 centimètres cubes pour chaque 10 millimètres de chute de pression artérielle.

Tel est, en résumé, un aperçu très général de toute la médication analeptique au cours des interventions sur la chirurgie thoracique et pulmonaire. Cette thérapeutique relève des fonctions de l'anesthésiste qui doit savoir en reconnaître toutes les indications.

#### SUITES OPÉRATOIRES

Les malades qui ont subi une intervention chirurgicale majeure de la chirurgie thoracique ou pulmonaire seront évidemment l'objet d'une attention spéciale dans leurs suites opératoires immédiates et éloignées. Un malade qui vient de subir une thoracoplastie, une lobectomie ou une pneumectomie est un grand malade et il a besoin d'une attention spéciale. Le personnel attaché à ce malade doit être averti et compétent et l'anesthésiste a le devoir de continuer à s'occuper de ces patients. La thérapeutique stimulante est continuée : stimulants cardiaques, sérums, plasma et transfusion, selon les indications. La position du malade est importante, suivant qu'il est ou non en état de choc. Un malade encore sous l'influence de la narcose doit avoir la tête basse et il ne prendra la position demi-assise qu'au moment où il aura repris conscience.

Un malade en état de choc ne doit pas avoir la tête haute, il faut le maintenir couché, la tête basse, même en léger Trendelenburg, tant que cet état de choc ne sera pas contrôlé et il y a certainement des malades qui ont été perdus par une malheureuse faute de ces techniques essentielles. L'état de choc produit inévitablement une ischémie cérébrale qui pourra devenir fatale si le patient ne conserve pas une position déclive. La position déclive permet tout de même un certain degré de stagnation du

sang dans les centres et cette condition par elle-même peut être suffisante pour entretenir la vie en attendant qu'une thérapeutique intense et appropriée ne relève tout le système cardio-vasculaire.

L'oxygénation des opérés thoraciques et pulmonaires est encore une question capitale dans les suites opératoires, elle est nécessaire pendant plusieurs jours après l'intervention.

Elle contribue à l'oxygénation normale. Elle compense pour l'insuffisance respiratoire causée par les délabrements de la chirurgie thoracique. Ces opérés ont toujours une capacité vitale très diminuée et la suppléance à cette infériorité est l'administration d'oxygène.

Le surplus d'oxygène apporté par cette thérapeutique peut aboutir à une meilleure oxygénation du sang veineux qui contribue à maintenir la coloration des malades et surtout sert à diminuer l'excitabilité du centre respiratoire dont la réponse est une diminution des besoins respiratoires qui se manifeste par un ralentissement et un manque d'amplitude des mouvements respiratoires. Le malade n'a pas le besoin de respirer et il en éprouve un grand soulagement.

Il a été prouvé que la saturation du sang artériel en oxygène tombe après une opération ; la normale est de 94 pour cent et ce pourcentage peut diminuer jusqu'à 92 pour cent. Si ce pourcentage baisse à 90 pour cent, il s'établit un état d'anoxémie qui peut devenir grave, si le pourcentage d'oxygène baisse à 85 pour cent. Cette diminution du pourcentage de l'oxygène du sang se corrige à la longue, mais cette correction peut prendre huit jours à s'effectuer. C'est pour lutter contre cette anoxémie que l'oxygène est indiqué.

Une médication qui peut causer des préjudices sérieux aux malades après l'opération, c'est la médication sédatrice postopératoire. Elle doit être appliquée avec jugement à des doses efficaces mais prudentes et le choix des médicaments doit se tourner du côté des analgésiques qui dépriment le moins le centre respiratoire. Il y a là un facteur d'anoxémie qui peut compliquer les suites opératoires.

En résumé, l'importance des soins postopératoires est capitale dans le succès d'une intervention chirurgicale thoracique ou pulmonaire. Ils doivent être confiés à un personnel averti, capable de juger de l'état du malade et d'instituer un traitement approprié.

Une vue d'ensemble de tout le problème de l'anesthésie en chirurgie thoracique et pulmonaire laisse voir, d'une part, toute l'étendue et la complexité du problème avec tous les échecs et toutes les insuffisances qu'elle comporte ; mais, d'autre part, elle laisse voir aussi, et cela à l'honneur de l'anesthésie et des anesthésistes, toutes les conquêtes et tous les succès qui ont été effectués dans ce domaine qui a conduit la spécialité de l'anesthésie à un sommet qu'elle n'aurait jamais pensé pouvoir atteindre.

Aussi, les résultats sont-ils en rapport avec l'efficacité des solutions des problèmes anesthésiques et, dans la chirurgie pulmonaire et thoracique, les résultats sont plus que satisfaisants, comme en font foi les statistiques récentes.

#### STATISTIQUES

##### *Mortalité :*

Une première statistique est celle de Richardson qui est basée sur 546 cas de chirurgie thoracique et pulmonaire : le taux de mortalité générale est de 7.9 pour cent et sont calculés dans ces chiffres, tous les décès qui remontent jusqu'à trois mois après l'opération. Les agents anesthésiques employés étaient l'éthylène, l'éther, le protoxyde d'azote et l'avertine, tous combinés de façon variable. Les causes de la mort furent des abcès du foie, des abcès du poumon, des bronchectasies, des troubles circulatoires et cardiaques, des toxémies.

Une autre série de 1,370 cas, comprenant tous les genres d'opérations thoraciques et pulmonaires, donne une mortalité générale de 7 pour cent. Le plus haut pourcentage de mortalité a été obtenu chez les patients qui ont reçu du cyclopropane et la statistique s'est élevée jusqu'à 9 pour cent de mortalité ; avec l'avertine, la mortalité a été de 8.4 pour cent, avec l'évipal, de 6.4 pour cent ; à l'anesthésie locale, il n'y a eu aucune mort.

Dans une série de pneumectomies, sur 34 patients, il y a eu trois morts, soit 8.8 pour cent. L'anesthésie fut faite au cyclopropane avec intubation endotrachéale. Dans une autre série de 102 cas, sous anesthésie à l'éthylène, au protoxyde d'azote, à l'éther, on rapporte 18 morts dont le pourcentage serait 17.6. Cette statistique est énorme, mais elle manque de commentaires.

Une statistique intéressante est celle qui a été publiée à la suite de l'usage d'un appareil spiropulsateur pour l'entretien mécanique de la respiration contrôlée. La statistique comprend tous les cas de chirurgie pulmonaire et thoracique. Sur 94 patients anesthésiés, au protoxyde d'azote, en utilisant le spiropulsateur, 27 patients sont morts ; soit un pourcentage de 28.

Sur 282 cas de thoracoplastie sous anesthésie rachidienne, 17 patients sont morts, soit 6 pour cent. Une autre série de 42 cas à l'anesthésie rachidienne a donné 2 morts, soit 5 pour cent.

#### *Morbidité :*

Les complications anesthésiques varient avec chaque agent anesthésique et avec chaque technique employée.

Avec le cyclopropane, les vomissements apparaissent dans 41 pour cent des cas et l'état de choc opératoire dans 35 pour cent. Cela après une série de 300 cas de thoracoplastie.

Une autre série de 546 thoracoplasties effectuées à l'éthylène et au protoxyde d'azote donnerait seulement 4 pour cent de choc opératoire.

Avec l'évipal, le choc apparaîtrait dans seulement 13 pour cent des cas, ce qui serait inférieur à tout autre agent anesthésique.

On a constaté une diffusion de l'infection le plus souvent en utilisant l'avertine. D'autre part, cette propagation de l'infection a été très rare avec l'usage de l'anesthésie locale.

Les complications pulmonaires dans une série de 1,370 cas, en regard de l'agent anesthésique utilisé, se sont établies comme suit : avertine : 6.5 pour cent ; protoxyde d'azote : 5.2 pour cent ; cyclopropane : 31.7 pour cent ; évipal : 2.3 pour cent et pour l'anesthésie locale, aucun cas de complication pulmonaire.

Différents auteurs rapportent des statistiques intéressantes qu'il est important de signaler.

*Beecher et Adams* utilisent l'éther comme agent anesthésique. Sur 126 cas de thoracoplasties pour tuberculose pulmonaire, ils ont eu 8 morts précoces, soit 6.3 pour cent et 8 morts tardives, soit 6.3 pour cent d'où la mortalité totale est de 12.7 pour cent.

*Haight et Alexander* rapportent un taux de mortalité de 5.6 pour cent de morts précoces pour 178 cas de thoracoplasties et un taux de mortalité totale de 6.1 pour cent. Ils utilisent le protoxyde d'azote.

*Ausses* utilise le protoxyde d'azote ; sur 90 cas de thoracoplasties, il obtient 7 pour cent de morts précoces et 11 pour cent de mort globale.

*Diffenbach et Creecca* utilisent l'évipal et le protoxyde d'azote ; sur 100 cas the thoracoplasties, la mortalité précoce est de 2 pour cent et la mortalité globale de 13 pour cent.

*Finnez* utilise l'avertine, le protoxyde d'azote et le cyclopropane ; sur 104 thoracoplasties, le taux de la mortalité précoce est de 5.7 pour cent et la mortalité globale de 18.2 pour cent.

*Meltzer* utilise l'anesthésie locale ; sur 181 cas de thoracoplasties, la mortalité précoce est de 1.6 pour cent et la mortalité globale de 4.4 pour cent.

#### RÉSUMÉ

Une étude détaillée du problème de l'anesthésie en chirurgie thoracique et pulmonaire a été le motif de la présentation de ce travail.

L'essentiel de toute cette question importante a été condensé et rédigé sans prétention. Le but proposé était de faire ressortir la valeur et l'importance de l'anesthésie dans ce domaine de la chirurgie ; de signaler les difficultés et les embarras qui peuvent s'y rencontrer ; de bien mettre en évidence l'efficacité des moyens que l'anesthésie possède pour résoudre tous ces problèmes et, enfin, de laisser entrevoir toute la grandeur, toute la beauté et toute l'efficacité de l'anesthésie moderne.

En dépit de tous les déboires, de toutes les amertumes, de toutes les critiques, il existe un fait qu'il ne faut pas oublier : les résultats sont très satisfaisants, la chirurgie thoracique et pulmonaire avance toujours de plus en plus, et de façon indéniable, ce sont les qualités de l'anesthésie qui permettent à cette chirurgie d'atteindre de nouveaux sommets.

Il est tout à l'honneur de l'anesthésie d'être responsable pour une large part des succès des opérations, en chirurgie thoracique et pulmonaire. Cette responsabilité, l'anesthésie la revendique à cause de la préparation opératoire qu'elle donne au malade ; à cause du contrôle qu'elle a sur tous les phénomènes de la narcose ; à cause de la prévention et du traitement des accidents.

L'anesthésie permet l'acte opératoire et, dans la chirurgie pulmonaire plus que dans tout autre domaine chirurgical, la part de l'anesthésie est toujours importante et la qualité de cette dernière est la seule et unique condition du succès.

## Deuxième Partie

### CONTRIBUTION PERSONNELLE A L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE THORACIQUE ET PULMONAIRE

#### HISTORIQUE

C'est un peu l'effet du hasard qui, dans notre vie médicale, nous a orienté vers la spécialité de l'anesthésie.

Interne, puis médecin résident à l'hôpital Saint-Sacrement, en 1932 et 1933, dans le Service de chirurgie du D<sup>r</sup> P.-C. Dagneau, nous avons immédiatement été dirigé vers cette spécialité. Un intérêt un peu particulier nous y poussait. C'était aussi à l'époque où notre prédécesseur en la matière abandonnait de plus en plus ses positions et se dirigeait franchement vers la chirurgie.

La porte était grande ouverte et nous avions la possibilité d'y pénétrer.

C'était aussi pour l'anesthésie une période de transition importante. C'était l'époque où une nouvelle technique d'anesthésie avec un nouveau produit faisait son apparition dans les salles d'opérations. C'était le début de l'application pratique de cette chose tellement merveilleuse qu'est l'anesthésie intraveineuse.

Aussi, intrigué par le caractère hasardeux de ce nouveau développement en anesthésie, profondément intéressé par l'évolution constante et progressive de tout le problème de l'anesthésie, soutenu par des chefs qui comprenaient et qui désiraient l'avancement médical dans ce domaine, nous nous sommes consacré, depuis, à l'étude de l'anesthésie.

C'est encore le hasard qui a voulu que, dans notre milieu, travaillent des spécialistes en chirurgie thoracique et pulmonaire qui, pour effectuer

leurs interventions chirurgicales, avaient besoin d'un anesthésiste et c'est ainsi que nos activités ont pu être dirigées, en plus de nos services, dans la chirurgie générale, vers l'anesthésie en chirurgie thoracique et pulmonaire.

C'est donc depuis 1932 que nous sommes intimement lié à ce problème et le travail que nous entreprenons maintenant comporte la lourde tâche de résumer, d'apprécier et de juger ces années consacrées à l'anesthésie.

Il importe, dès maintenant, que l'auteur signale à l'attention de tous que, pour la bonne compréhension des pages qui vont suivre, il est nécessaire de s'attarder un peu et de revenir sur des considérations qui peuvent, à prime abord, donner l'impression qu'elles n'ont pas leur raison d'être dans ces pages.

Il faut comprendre que, pour arriver aux résultats que nous avons obtenus, il s'est établi tout un enchevêtrement de faits et de circonstances qui ont assuré l'évolution et la progression constante de notre travail. Ces choses doivent être signalées parce que ce sont elles, et elles seules, qui ont conduit au succès.

Il faut nous garder de ce défaut si désagréable qu'est la fatuité ; nous le réalisons, mais nous avons à réclamer quelque priorité dans le domaine où nous exerçons nos activités ; nous avons des choses à nous, qu'il faut défendre ; nous avons aussi des résultats à produire dont nous sommes fier.

Aussi, avons-nous l'intention, dans les lignes qui vont suivre, de vous donner tout d'abord l'orientation qu'a prise l'anesthésie dans les milieux où nous travaillons, soit à l'hôpital Saint-Sacrement, soit à l'hôpital Laval.

Cette orientation est tellement en rapport avec le but de ce travail que nous pouvons affirmer qu'elle en est la cause et que les résultats que nous avons à présenter en sont les effets directs.

Ajoutons immédiatement, pour plus de compréhension, que c'est un problème nouveau auquel nous nous sommes attaqué dès le début. Ce problème nouveau, c'était l'anesthésie intraveineuse, plus spécialement, l'anesthésie au pentothal dont nous avons fait une spécialité.

Nous avons rendu possible son utilisation en chirurgie thoracique et pulmonaire. C'est une priorité que nous réclavons et que nous défendons.

Ces résultats ne peuvent tout de même être compris sans au moins une vue d'ensemble de l'orientation que prend, chez nous, le problème de l'anesthésie.

#### ORIENTATION DE L'ANESTHÉSIE

L'origine de cette nouvelle orientation a pris naissance en 1932, alors que venait s'ajouter aux techniques d'anesthésie générale le nouveau développement de l'anesthésie intraveineuse. Nous ne fûmes certainement pas les derniers à l'utiliser, puisque, dès 1932, un nouveau médicament susceptible de produire la narcose et connu seulement sous la dénomination de E-334 était déjà expérimenté dans notre milieu. Ce n'est que quelque temps plus tard qu'il était connu sous le titre d'évipal.

En 1934, les laboratoires Abbott lancent sur le marché un nouveau produit : « le pentothal ». Il est immédiatement expérimenté chez nous en même temps que chez Lundy, de la clinique Mayo. Le produit est supérieur. Il remplace de façon définitive l'évipal et c'est exclusivement de ce produit qu'il sera question dans l'avenir.

L'étude de ce nouveau mode d'anesthésie a toujours été l'objet d'une attention spéciale constante et progressive. Elle fut pour nous une véritable obsession. De jour en jour, des succès nouveaux et des applications nouvelles du pentothal laissaient toujours entrevoir de nouvelles possibilités d'avancement et c'est ainsi que, encouragé par des résultats toujours plus beaux, nous allions toujours de l'avant et nous sommes devenu enthousiaste et passionné pour l'étude de cette question.

C'est cet enthousiasme et cette passion qui ont donné le ton et l'orientation nouvelle de l'anesthésie dans notre milieu.

Les résultats toujours meilleurs que nous obtenions contribuaient toujours à un nouvel avancement. Nous en sommes venu au contrôle parfait de toutes les difficultés de cet anesthésique.

Puis, nous avons fait des associations anesthésiques les plus diverses avec le pentothal pour en arriver à la maîtrise d'une technique d'anesthésie générale pour laquelle nous ne craignons pas la comparaison. Il a fallu, pour arriver à ces résultats, de la hardiesse, de la persuasion, des

convictions fermes, associées à un travail ardu et persévérant. Il a fallu combattre des préjugés et vaincre des difficultés.

L'exigence de la chirurgie moderne, avec toute la collaboration qu'elle exige de la part de l'anesthésie et la grandeur du rendement qu'elle en attend, nous a obligé à suivre une technique dont les difficultés à surmonter étaient constamment l'objet de notre avancement.

En regard des deux extrêmes de tout le problème anesthésique, qui sont, d'une part, la nécessité de provoquer une intoxication anesthésique brutale et toujours indésirable pour le patient et, d'autre part, la nécessité de fournir à la chirurgie des conditions de travail qui se rapprochent le plus des conditions idéales, soit un malade sous narcose jouissant d'une résolution musculaire complète, nous avons adopté pour la conduite de toutes nos anesthésies un grand principe qui sert de directive à toutes nos interventions : *le minimum d'intoxication anesthésique pour le maximum de facilité opératoire pour le chirurgien.* Tel est le grand principe que nous défendons et c'est, à notre avis, le but ultime vers lequel doivent tendre les aspirations de l'anesthésie.

Et c'est pour arriver à cette fin, que, pendant longtemps, nous avons corrigé, changé, modifié nos techniques ; nous avons ajouté, nous avons retranché pour en arriver à des résultats que nous apprécions comme très rapprochés des conditions idéales.

C'est à la possibilité de combiner le pentothal aux autres anesthésiques et à d'autres agents, comme le carare, que nous devons ces résultats. Les qualités des uns corrigent les inconvénients des autres. Aussi, nous pouvons affirmer que, dans le domaine de nos activités anesthésiques, l'agent fondamental de nos techniques est le pentothal, et que c'est à cet agent principal que nous ajoutons un agent de complément dont l'importance est pour nous toujours moindre.

C'est au développement de cette technique d'anesthésie que nous devons, aujourd'hui, de pouvoir affirmer que nous réussissons à maintenir le principe : le minimum d'intoxication anesthésique pour le maximum de facilité opératoire.

Et, à preuve de cet avancé, les caractéristiques de nos anesthésies se résument à trois éléments : le premier, l'induction est si rapide que, quarante-cinq secondes après le début de l'anesthésie, le chirurgien peut

commencer à opérer. Le deuxième, en tout temps de l'intervention, la profondeur de l'anesthésie varie se maintenant toujours à un minimum, mais à un minimum toujours suffisant pour que l'acte opératoire s'effectue dans des conditions idéales. Le troisième, les signes de réveil sont si précoces, à la fin de l'intervention, que, souvent, par excès, la fin de l'acte opératoire, soit la mise en place des agrafes de Michel, en est rendue pénible pour le chirurgien.

Ce sont là les trois caractéristiques de nos anesthésies et il faut ajouter que cela est un phénomène constant que nous obtenons à chaque opération, quelles que soient la nature et la durée de l'intervention. La preuve est faite que, après trois heures d'anesthésie chirurgicale, souvent le malade éveillé est conscient, parle et quelquefois peut même répondre à nos questions pendant que le personnel complète le pansement. Et cela est encore vrai pour des interventions qui demandent des anesthésies profondes et longues, comme des hystérectomies, des gastrectomies ou des cholécystectomies. En aucun moment, l'acte opératoire n'a eu à souffrir des inconvénients d'une anesthésie insuffisante et, à la fin de l'intervention, le malade est éveillé. C'est l'application du principe fondamental : le minimum d'intoxication anesthésique pour le maximum de satisfaction opératoire.

C'est de façon intentionnelle que nous avons voulu insister sur ces faits et signaler la qualité de nos anesthésies en chirurgie générale. Nous croyons que la connaissance de ces faits est nécessaire pour bien établir nos positions vis-à-vis du problème de l'anesthésie en chirurgie thoracique et mettre en évidence les principes fondamentaux qui nous dirigent dans ce domaine encore plus spécialisé.

#### ORIGINALITÉS DE LA QUESTION

L'anesthésie en chirurgie thoracique et pulmonaire que nous préconisons n'est rien autre chose que l'application, dans ce domaine de chirurgie spéciale, des principes que nous appliquons à la chirurgie générale et l'étude de ce problème n'aurait que peu d'intérêt sans les circonstances de toute nature qui ont contribué à lui conférer un caractère d'originalité spéciale. C'est d'abord l'introduction d'un médicament nouveau dont

l'action est tellement différente de celle des anesthésiques utilisés habituellement. Ce médicament, le pentothal, au début, est encore mal connu ; ses indications et ses contre-indications sont imprécises. Il passe la période d'expérimentation ; mais, déjà, ses propriétés mises en regard des indications et des principes de l'anesthésie en chirurgie pulmonaire semblent vouloir le condamner. Son adaptation à la chirurgie pulmonaire semble impossible.

Mais déjà, avant même que soient connues chez nous toutes ces hésitations, avec prudence, conscient que nous étions les premiers à pénétrer dans l'obscurité de ce problème, déjà notre expérimentation a commencé. Elle a débuté le 1<sup>er</sup> avril 1938.

Nous obtenons des résultats et nous préconisons le pentothal dans les thoracoplasties. Nous sommes pratiquement les seuls à défendre nos théories. L'impression générale qui parvient des différents centres est une désapprobation formelle. Des principes fondamentaux s'opposent à l'usage du pentothal ; c'est du moins l'impression qui se dégage de nos lectures et des témoignages verbaux que nous apportent des confrères qui arrivent de l'étranger. Tout de même, nous publions des travaux, les premiers sur le sujet. L'*International Anæsthesia Research Society* y fait écho et publie notre travail. Dans le même temps, Randoff publie sur le même sujet. Nous ne sommes plus seul. L'intérêt augmente, les démonstrations se multiplient, notre travail semble de plus en plus approuvé et de l'étranger nous viennent des anesthésistes curieux de voir cette chose apparemment extraordinaire que pouvait être une anesthésie au pentothal pour une thoracoplastie.

Tout cet état de chose a contribué à entourer notre travail d'une atmosphère d'originalité un peu spéciale. Aux yeux de tous, tout cela paraissait un peu extraordinaire et tous en ont rendu témoignage.

Nous avons conservé longtemps un sentiment de crainte en pensant que nous pouvions être dans l'erreur et ce sentiment était exagéré du fait que nous étions le seul à préconiser ces techniques. Aussi, est-ce avec une grande joie que nous avons accueilli la publication de Randoff qui nous a donné le réconfort de ne plus être le seul à travailler dans ce domaine. D'autres publications ont suivi celle de Randoff et les nôtres. Elles ont contribué à affermir nos opinions et, en y ajoutant les résultats

que nous avons, c'est maintenant une conviction tenace que nous avons de la supériorité de nos techniques.

Tel est l'aspect original du problème que nous défendons. Il paraît de toute première importance que cette originalité dans sa conception même, puis dans son application, ensuite, soit bien mise en évidence.

A cet élément d'originalité s'ajoute encore cette notion de priorité que nous revendiquons : priorité de conception et priorité d'application.

C'est en effet depuis le 1<sup>er</sup> avril 1938 que nous avons travaillé la question du pentothal dans les thoracoplasties et notre premier travail a été présenté à la Société médicale de Québec, en avril 1942, et c'est seulement un an plus tard, en avril 1943, que Randoff et Kober publiaient sur le même sujet, dans le journal de l'*American Medical Association*.

#### TÉMOIGNAGES

Aussi nous pouvons affirmer que notre travail a été l'objet d'une curiosité spéciale et en fait foi le grand nombre de médecins étrangers qui, en différentes circonstances, se sont présentés chez nous pour assister à une démonstration de thoracoplastie sous anesthésie au pentothal.

Les désapprobations ne sont certes pas parvenues jusqu'à nous et nous n'avons pas d'illusion à ce sujet. Mais, le sentiment général nous a paru fortement en notre faveur et plusieurs nous ont rendu témoignage.

Dans notre milieu, ce sont tout d'abord les chirurgiens qui, à chaque occasion, sont à même de constater la grande amélioration apportée par ces techniques nouvelles et qui savent affirmer que pour rien au monde ils ne voudraient changer ces techniques. Pour eux, la supériorité de nos techniques est indiscutable et, d'ailleurs, les résultats le prouvent.

Nous voulons signaler de façon spéciale le témoignage du docteur Hudon, une autorité en anesthésie, et, en plus, pour nous-même, un collaborateur et un ami personnel. La qualité de l'enseignement du docteur Hudon attire chez lui une quantité d'étudiants étrangers et nous savons qu'il lui est agréable de conseiller à ses élèves de venir se rendre compte par eux-mêmes de l'exécution d'une thoracoplastie sous anesthésie au pentothal. Nous lui sommes reconnaissant de ce témoignage.

Ajoutons aussi l'approbation de l'*International Anæsthesia Research Society* qui a publié ces travaux.

Puis, celle des laboratoires Abbott, qui, dans leur journal de vulgarisation, ont fait un grand état de toute cette question et ont contribué à la diffusion de toutes ces choses.

Enfin, signalons que l'intérêt de ces travaux s'est répandu jusqu'en Allemagne et le docteur B. H. Miebeck, chirurgien en chef de la clinique Oberarzt, d'Offenbach, nous a adressé une lettre nous demandant de lui faire parvenir une copie de notre travail intitulé : *Les indications du pentothal dans la thoracoplastie*.

Nous nous sommes peut-être trop longuement attardé sur tous ces à-côtés de la question ; nous avons, pour nous en excuser, le besoin de mettre en relief l'originalité et la priorité de ces travaux, en même temps que l'enthousiasme que nous avons mis à préconiser et à défendre les théories personnelles pour lesquelles nous combattons.

Nous nous proposons maintenant de discuter de l'usage du pentothal dans les thoracoplasties et, plus loin, de ses possibilités dans la chirurgie pulmonaire.

#### LE PENTOTHAL

Le pentothal est un agent anesthésique, un barbiturique dérivé de la malonylurée. C'est un éthyle-méthyle-thiobarbiturate de soude. Il s'administre par voie intraveineuse et il a une action anesthésique puissante.

Il est actuellement beaucoup utilisé dans toute la chirurgie générale. Il rencontre toutes ses indications dans les interventions de courte durée. Il peut être associé à d'autres agents anesthésiques volatils et, ainsi administré, il peut répondre pratiquement à tous les besoins.

Son action sur le système cardio-vasculaire se manifeste par une chute passagère de la pression artérielle. Il n'y a pas d'accélération sensible du pouls et le rythme cardiaque n'est aucunement troublé par l'intoxication barbiturique.

Il peut être toxique pour le foie qui est son organe d'élimination et, chez les hépatiques, il peut être employé mais la posologie doit être prudente.

Ces éléments très simples sur la connaissance du pentothal peuvent suffire pour le moment et il paraît nécessaire d'insister davantage sur son action sur l'appareil respiratoire. L'action du pentothal sur la respi-

ration est une action dépressive. Le pentothal déprime la respiration. Cette dépression respiratoire peut même aller jusqu'à l'apnée totale avec toutes les conséquences que cette idée comporte. Aussi, c'est évidemment sur les phénomènes respiratoires qu'il faut s'attarder le plus et bien mettre en évidence l'action du pentothal sur la respiration.

La dépression de la respiration par le pentothal est un phénomène constant qui se réalise toujours, mais, par contre, cette dépression respiratoire varie toujours en intensité suivant le degré de profondeur de l'anesthésie et ces variations de profondeur des mouvements respiratoires sont même un barème qui permet à l'anesthésiste de reconnaître le degré d'anesthésie.

Une dose massive de pentothal va produire une perte de conscience presque instantanée en même temps que les phénomènes respiratoires vont évoluer de la façon suivante. Tout d'abord, au moment de la perte de conscience, il se fait habituellement une ou deux grandes inspirations pendant lesquelles l'amplitude de la cage thoracique est fortement exagérée. Cela, accompagné souvent d'un léger stridor laryngé suivi d'une dépression constante progressive, l'amplitude et le rythme respiratoires diminuent de plus en plus pour aboutir, le plus souvent, à une apnée presque totale. Ce phénomène est appelé de façon conventionnelle : l'apnée du début de l'anesthésie. Elle pouvait être inquiétante au début de l'introduction du pentothal et ce phénomène est certainement désagréable, mais son contrôle est facile et les médecins s'y sont habitués et se sont faits à cette idée.

Cette apnée est passagère, mais peut tout de même persister quelques instants suivant l'importance de la dose d'anesthésie administrée et suivant le degré de réceptivité du patient. Puis, les mouvements respiratoires reprennent et deviennent perceptibles à l'œil d'une intensité et d'une amplitude infiniment restreinte au début, ils reprennent graduellement une amplitude et un rythme normal. Il faut signaler que le pentothal ne donne jamais de polypnée et que le maximum d'amplitude de la respiration sous narcose est à peine comparable à la respiration normale d'un individu au repos qui jouit de son sommeil naturel.

Il est important aussi de remarquer qu'il existe un rapport direct entre la profondeur de l'anesthésie et le degré de dépression respiratoire,

au point que l'anesthésiste juge de la profondeur de son anesthésie par les qualités de la respiration.

Une diminution dans l'amplitude des mouvements respiratoires est un signe d'approfondissement de la narcose quand, au contraire, une augmentation dans l'amplitude des mouvements respiratoires est un signe de réveil. Cela est encore un phénomène constant et c'est sur leur production que l'anesthésiste apprécie le besoin ou non d'une nouvelle administration de pentothal pour maintenir la narcose.

Tous ces signes respiratoires se produisent ainsi, mais à condition que toutes les réactions soient normales et, souvent, cette réalisation idéale est devenue impossible, car à cet état normal s'ajoute une quantité d'éventualités moins intéressantes.

L'induction lente de l'anesthésie au pentothal est cause d'inconvénients qui peuvent devenir sérieux. Ces inconvénients semblent être en rapport avec une trop grande excitabilité réflexe dont la cause serait un sous dosage anesthésique qui produit cet incident si désagréable de l'anesthésie au pentothal : le spasme de la glotte et le bronchospasme.

Le pentothal est un paralysant du sympathique et cette inhibition sur le sympathique favorise l'action exagérée du pneumogastrique ayant pour conséquence une exagération de la toux, de l'éternuement et des spasmes.

C'est certainement l'incident ou l'accident le plus fréquent de l'anesthésie au pentothal.

Il se produit au début de l'anesthésie. Il n'est pas facilement contrôlable. Il peut conduire à une gêne respiratoire grave et à une cyanose importante.

La prévention de ce spasme laryngé est, à notre avis, liée à la modification des techniques d'injection et nous préconisons une vitesse d'injection dont la rapidité pourra varier selon la résistance approximative du sujet ; mais l'injection devra toujours être assez rapide pour inhiber cette irritation réflexe et prévenir le spasme. Il est rare que, dans notre milieu, nous ayons à envisager la production d'un spasme et la vitesse de nos injections n'est jamais lente.

Il faut, dans l'administration du pentothal, un juste équilibre ; une dose trop petite d'anesthésique est un facteur qui peut causer le spasme, pendant qu'une surdose est cause d'une apnée prolongée.

L'apnée prolongée du début de l'anesthésie conduit inévitablement à la cyanose, à l'anoxémie, et peut devenir difficile à corriger, quoique, habituellement, il suffise d'administrer de l'oxygène ou même de faire quelques mouvements de respiration contrôlée pour maintenir l'oxygénation normale en attendant la reprise des mouvements automatiques de la respiration.

Mais tout cela n'est pas toujours aussi simple et, dans le contrôle de la respiration, il peut survenir des difficultés énormes qui souvent rendent les situations tragiques.

Les gênes mécaniques de la respiration, l'abaissement de la langue dans l'arrière-gorge, un spasme de la glotte, des sécrétions pharyngées et bronchiques, toutes les causes multiples de gêne mécanique nuisent à l'efficacité de la respiration contrôlée et tout cela associé à la grande dépression respiratoire du pentothal, sont des facteurs auxquels il faut attribuer des fatalités.

C'est pourquoi il est un principe établi, primordial, avec l'anesthésie au pentothal : « l'anesthésiste doit à tout prix maintenir les voies respiratoires libres ». Et c'est la liberté des voies respiratoires qui, seule, peut permettre le contrôle de la respiration du malade.

Il n'est pas surprenant, après la lecture de ce sombre tableau des accidents respiratoires que peut produire l'anesthésie au pentothal, et si l'on considère, de plus, que ces accidents sont d'autant plus fréquents que l'anesthésiste en est encore à la période d'expérimentation avec ce produit, il n'est pas surprenant que ces spasmes, cette apnée, voire même la cyanose, aient contribué à faire rejeter l'utilisation du pentothal dans la chirurgie thoracique. Comment était-il possible d'adopter cet agent anesthésique dont la pharmacologie indiquait une aussi grande modification des phénomènes respiratoires et qui, en plus, se compliquait d'accidents respiratoires surajoutés dont le contrôle était difficile? Cette simple constatation clinique était à elle seule de nature à marquer la contre-indication. Il ne fallait pas songer à compliquer davantage le problème en administrant cet anesthésique à des pulmonaires souffrant déjà de trop grandes perturbations dans la physiologie de leur respiration et chez qui, en plus, devait se faire une intervention sur cet organe déjà malade et auquel se seraient ajoutés les inconvénients du pentothal.

Aussi, au début du pentothal, il était reconnu officiellement que celui-ci ne pouvait pas être utilisé pour les interventions sur l'arbre respiratoire ; c'était une contre-indication formelle.

Il est évident que, avant de se créer de nouveaux ennuis, il était plus simple de ne pas l'utiliser et la possibilité de l'appliquer aux interventions thoraciques et pulmonaires était conditionnée par la possibilité de contrôle de ces inconvénients primordiaux. Tout de même, nous pouvons ajouter, d'ores et déjà, que ce qui nous a permis d'administrer du pentothal dans les thoracoplasties, c'est le contrôle que nous possédions sur la prévention et le traitement de ces accidents et tout cela, non pas en chirurgie thoracique, mais en chirurgie générale. Ce contrôle, nous le possédions, et comme nous avons eu l'occasion de le signaler antérieurement, ce sont les qualités de notre technique d'administration du pentothal qui nous ont fourni ce contrôle.

La vitesse d'injection n'est jamais trop lente, mais toujours assez rapide. Elle prévient l'apparition du spasme laryngé et la respiration contrôlée corrige la période d'apnée. C'est l'étude du pentothal dans la chirurgie générale qui nous a permis ce contrôle. Nous pouvons affirmer que, chez nous, il est rare de voir se produire un spasme du larynx avec le pentothal, même s'il est reconnu que cet incident est le plus fréquent et le plus fâcheux de ce mode d'anesthésie.

En définitive, ces inconvénients du pentothal ne sont plus une objection dans notre milieu.

#### OBJECTIONS — INTERPRÉTATIONS

Il est de toute évidence que la grande objection à l'utilisation du pentothal en chirurgie thoracique et pulmonaire est la dépression caractéristique que produit ce médicament sur la respiration. Et c'est là, à coup sûr, le point délicat de ce problème qui se complique davantage du fait qu'il devient un facteur surajouté aux éléments désavantageux déjà si nombreux du problème de l'anesthésie thoracique et pulmonaire.

Des arguments fort nombreux et d'une valeur indiscutable ont été apportés et des auteurs, appuyés par une argumentation très forte, ont

condamné, et de façon catégorique, l'usage du pentothal dans la chirurgie thoracique et pulmonaire.

La publication du docteur C. A. Moyer, de Boston, dans le journal *Thoracic Surgery* en fait foi. Ce travail a une grande valeur et nous devons y apporter une attention spéciale.

Le docteur C. A. Moyer désapprouve de façon catégorique l'usage du pentothal et ceci après un exposé très élaboré de principes physiologiques et une expérimentation approfondie chez l'animal.

Il intitule son travail : *Major changes in the fundamental relationship of the respiratory drive mechanisms during evipal and pentothal anaesthetics, with special consideration of possible applications to transpleural surgery.*

Le docteur Moyer a fait une étude élaborée de l'action du pentothal sur les centres respiratoires. Il a expérimenté sur le chien et ses constatations sont d'une importance capitale. Son étude comprend l'action du pentothal quand l'anesthésie est superficielle, quand elle est moyennement profonde et quand elle est très profonde. Sa théorie est basée sur le contrôle fondamental de la respiration et ce contrôle est directement en rapport avec la possibilité de stimuler les différents réflexes de la respiration.

Ces réflexes sont nombreux et comprennent, tout d'abord, le centre respiratoire principal qui réagit à l'action stimulante de l'anhydride carbonique ; s'il se produit une paralysie de ce centre, la respiration sera fortement modifiée mais elle n'arrêtera pas nécessairement, car les mouvements de la respiration pourront être entretenus mais modifiés par un réflexe accessoire : le réflexe carotidien et aortique. Ce réflexe est l'*ultimum moriens* de la respiration. Il ne fonctionnera qu'à la condition exclusive que le centre principal soit inhibé par une intoxication ou une paralysie.

Puis, intervient encore dans la respiration le réflexe d'Hering-Breuer qui peut être déclenché par un changement de volume de l'alvéole pulmonaire, mais aucunement par les altérations de la pression intrapulmonaire. Puis, ce sont les réflexes des muscles respiratoires et les réflexes vasculaires qui, à leur manière, peuvent influencer la respiration.

Moyer affirme que l'administration du pentothal produit toujours une dépression respiratoire constante d'origine centrale en diminuant, ou même en abolissant totalement, la possibilité de ce centre à répondre à l'action stimulante de l'anhydride carbonique.

Cette dépression du centre varie naturellement avec la profondeur de l'anesthésie ; mais, quand elle se produit, il y a une modification des mouvements respiratoires et la persistance de la respiration passe sous le contrôle des centres accessoires aortiques et carotidiens.

Si l'anesthésie devient plus profonde, l'action de ces réflexes aortiques et carotidiens est elle-même diminuée et il peut se produire un arrêt de la respiration. En somme, l'intoxication anesthésique agit sur le centre respiratoire pour diminuer ou même abolir les mouvements de la respiration ; et à cette respiration déjà diminuée s'ajoute encore la diminution de l'excitabilité du réflexe aortique et carotidien qui déprime davantage la respiration.

Le pentothal agit sur le vague en produisant un ralentissement progressif de la respiration à mesure que l'anesthésie s'approfondit. C'est le contraire des effets de l'éther ou du cyclopropane sur le pneumogastrique. L'effet de ralentissement de la respiration sous anesthésie à l'éther décroît progressivement à mesure que l'anesthésie s'approfondit et les réflexes des sinus carotidien et aortique ne sont pas modifiés par l'éther.

Aussi, Moyer accepte-t-il comme possible une anesthésie superficielle au pentothal, mais rejette la possibilité d'une anesthésie profonde qui, en plus d'inhiber le centre respiratoire, peut aussi paralyser les centres accessoires du sinus carotidien et aortique.

Ces troubles respiratoires se produisent avec le pentothal à un niveau d'anesthésie comparable au deuxième stade de la troisième période de l'anesthésie à l'éther. C'est le degré d'anesthésie qu'il est nécessaire d'obtenir pour la chirurgie majeure et, en conséquence, le pentothal est inutilisable dans ces conditions.

De plus, appliqué à la chirurgie pulmonaire, aux inconvénients de la disparition de l'efficacité de stimulation de la respiration et par le centre principal et par des réflexes accessoires, s'ajoute encore la disparition du réflexe vago-pulmonaire d'Hering-Breuer qui agit seulement par le degré d'insufflation du poumon. Or, dans les interventions pulmonaires, la

cage thoracique est ouverte, le poumon s'affaisse et le réflexe d'Hering-Breuer est disparu.

Aussi, Moyer en vient-il à la conclusion que le pentothal ne peut pas être employé dans la chirurgie pulmonaire, à cause de la perte de tous les moyens de contrôle de la respiration qui sont conditionnés par la possibilité de réponse du centre respiratoire et des réflexes secondaires.

Le pentothal abolit l'activité du centre principal et il abolit aussi l'action réflexe des sinus carotidien et aortique. Il enlève donc tout élément de contrôle et de sécurité. L'éther ou le cyclopropane, au contraire, peuvent diminuer ou abolir l'activité du centre principal, mais ils donnent la sécurité en n'ayant pas d'action déprimante sur les sinus carotidien et aortique.

De plus, si le thorax est ouvert, le réflexe vago-pulmonaire n'agit plus et c'est la perte de tous les éléments de contrôle de la respiration.

Tel est un aperçu des conclusions du travail magistral du docteur Moyer. Son argumentation est très forte, son expérimentation très poussée et ce travail a une réelle valeur scientifique qui, d'ailleurs, a été reconnue, puisqu'elle lui a valu l'honneur d'être couronné du grand prix de la fondation *Rose Lampert Graft*.

Il va de soi qu'une telle publication n'était pas de nature à encourager l'utilisation du pentothal en chirurgie pulmonaire. C'était même une condamnation définitive de ce mode d'anesthésie, une réprobation basée sur des faits et jugée par une expérimentation positive, sérieuse et probante.

La publication de ce travail a certainement contribué à la propagation de l'opinion que le pentothal était contre-indiqué dans la chirurgie pulmonaire et cette opinion s'est généralisée par la suite. Aussi, après une telle publication, il était à se demander quelle espèce d'allure allait prendre la poursuite de nos travaux sur le sujet. Mais nous étions tellement encouragé par nos bons résultats et tellement stimulé par le point d'originalité que tout cela créait que notre expérimentation s'est poursuivie toujours enthousiaste, ardente et passionnée.

Nous n'avons pas la prétention, en quoi que ce soit, de vouloir diminuer la valeur scientifique réelle du travail de Moyer, ce serait vouloir être ridicule, surtout quand on sait que ce travail a reçu l'approbation

générale et qu'il a même été couronné du grand prix de la fondation *Rose Lampert Graft*.

Par ses expériences, Moyer a contribué à définir de façon précise toute l'étendue de la dépression de la respiration causée par l'anesthésie au pentothal. C'est un travail de maître dont il faut reconnaître toute la portée scientifique et il serait insensé de ne pas le reconnaître.

Tout de même, en dépit de toutes ces conclusions, nous n'avons pas la prétention de faire nos anesthésies en chirurgie thoracique et pulmonaire au pentothal dans le but de faire mourir nos malades. Bien au contraire, nous avons l'impression de nous orienter vers des succès encore inespérés.

Il y a donc entre les conclusions de Moyer et l'attitude que nous gardons une mise au point qu'il est opportun d'établir. C'est à relire plus attentivement le travail de Moyer et en le comparant aux principes que nous défendons qu'il nous sera possible d'admirer le travail de Moyer tout en justifiant notre attitude.

Mais il est un fait qui, tout d'abord, doit retenir notre attention et sur lequel nous voulons qu'il nous soit permis d'insister avec fermeté, au risque peut-être de paraître encore original ou même trop révolutionnaire.

Mais en réalité, avec l'expérience que nous avons du pentothal, nous comprenons mal que ce barbiturique à action anesthésique si personnel et si unique en son genre, dont les signes ne peuvent même pas se rapprocher des signes des autres anesthésiques, soit comparé quand on étudie ses propriétés, aux propriétés si différentes des autres anesthésiques.

Le pentothal a une morphologie spéciale, à lui seul, et il ne peut pas entrer dans le cadre, si bien défini soit-il, des signes d'anesthésie des autres agents anesthésiques.

Nous comprenons qu'il était nécessaire de comparer ses effets à ceux des différents anesthésiques habituels et, pour des besoins de classification, d'adapter ses propriétés au grand tableau que nous fournissent les signes d'anesthésie générale, soit la période d'induction, la période d'excitation, puis la période d'anesthésie chirurgicale avec ses quatre stades et, enfin, la période de syncope terminale.

Mais, en réalité, la morphologie du pentothal est tellement différente qu'elle s'adapte très mal à ce cadre classique et nous ne savons pas

s'il n'aurait pas été plus simple de lui faire un cadre à lui seul, sans souffrir la comparaison qui, d'ailleurs, paraît remplie d'inexactitude.

Le pentothal donne une anesthésie instantanée. Il agit directement sur les centres, il n'a aucune action sur les hémisphères cérébraux et, de plus, le comportement de cette intoxication sur les centres n'est pas du tout le même que le comportement sur ces mêmes centres des autres anesthésiques généraux. En conséquence, il devient illusoire de vouloir comparer ses effets à ceux des autres anesthésiques et, de fait, le deuxième plan de la troisième période d'anesthésie chirurgicale au pentothal n'est pas du tout comparable au même plan de l'anesthésie à l'éther.

Et, d'ailleurs, s'il nous est permis d'insister, la période d'induction au pentothal ne peut en aucune façon se comparer à celle de l'anesthésie à l'éther. Il ne peut pas être ici question d'induction consciente et inconsciente ; il ne peut pas être question ici de suivre l'évolution de la diminution des réflexes, à peine peut-il s'établir une comparaison, et tellement différente encore, des phénomènes respiratoires.

S'agit-il de la période d'excitation dont il est fait si grand état pour l'anesthésie à l'éther ; pour le pentothal, elle n'existe même pas et nous passons, d'emblée, à la période d'anesthésie chirurgicale.

Cette même anesthésie chirurgicale a ses caractères qui lui sont propres et, s'il est vrai de dire pour l'éther que l'acte opératoire pour une intervention majeure ne peut être effectué dans des conditions anesthésiques favorables qu'en atteignant le deuxième stade de la troisième période d'anesthésie chirurgicale, cette affirmation ne peut pas être soutenue pour le pentothal.

Et, de fait, les expériences du docteur Moyer nous en fournissent la preuve, puisqu'il a bien démontré, et ses expériences sont concluantes, qu'en atteignant avec le pentothal les effets anesthésiques que l'on obtient en utilisant l'éther au deuxième stade de la troisième période d'anesthésie chirurgicale, il obtient une paralysie des centres respiratoires et une paralysie également des centres accessoires carotidien et aortique et ses animaux meurent. Et il en vient à la conclusion que le pentothal ne peut pas être utilisé dans la chirurgie majeure sans faire courir des dangers énormes au patient.

Or, la preuve est faite actuellement de ces millions d'interventions pour la chirurgie majeure qui ont été effectuées sous anesthésie au pentothal en obtenant une profondeur de narcose amplement satisfaisante pour que le chirurgien travaille dans des conditions idéales, sans, pour cela, que la malade meure de son intoxication anesthésique.

Cette intoxication anesthésique avait certainement les caractéristiques du stade d'anesthésie chirurgicale, puisqu'elle a permis l'intervention, mais elle n'avait pas les caractères du deuxième stade de la troisième période d'anesthésie chirurgicale, puisque les malades ne sont pas morts.

En conséquence, de tout cela ne serait-il pas plus juste d'en venir à la conclusion que l'anesthésie au pentothal a des signes d'anesthésie qui lui sont propres et que ces signes ne peuvent pas être comparés à ceux des autres anesthésiques et encore moins à ceux de l'éther, comme le fait le docteur Moyer.

Peut-être serait-ce une caractéristique spéciale de l'anesthésie au pentothal d'être directement sous la dépendance de la réaction à la douleur et c'est un fait que, tous les jours, nous constatons : l'intoxication anesthésique, bien qu'elle soit toujours progressivement décroissante, l'élimination du pentothal se faisant toujours de façon constante et progressive, peut se maintenir à un niveau toujours suffisant pour permettre l'intervention jusqu'au moment où s'interpose l'élément douleur d'un nouveau temps opératoire.

Ce fait est bien concrétisé dans toutes les laparotomies au pentothal où le travail chirurgical intra-abdominal s'est effectué dans des conditions idéales. Mais, vient le pincement du péritoine pariétal pour la fermeture de la paroi, la réaction à la douleur est très vive ; immédiatement, le malade réagit par une contracture musculaire, par des mouvements des membres et même, quelquefois, par des gémissements et ce passage brutal d'une narcose parfaite, dite chirurgicale puisqu'elle permet facilement l'intervention, à une narcose qui se rapproche instantanément de la période d'analgésie, est déclenché par la seule réaction à la douleur.

Cette hypothèse que nous émettons de cette caractéristique de l'anesthésie au pentothal en rapport avec la réaction à la douleur est basée sur l'expérience clinique. Sa valeur peut être discutable, mais il est indéniable que ces faits cliniques ne peuvent pas être constatés avec

aucun autre agent anesthésique et cela nous rapproche encore davantage de l'idée que le pentothal ne peut pas être comparé dans ses effets à aucun des autres agents anesthésiques.

Moyer en vient à la conclusion que le pentothal ne peut pas être utilisé dans la chirurgie pulmonaire, parce que ce dernier produit la paralysie du centre respiratoire et l'abolition du réflexe aortique et carotidien. De plus, l'ouverture de la plèvre abolit encore le réflexe vago-pulmonaire et il n'existe plus aucun moyen de contrôle de la respiration.

Mais, pour obtenir ces résultats expérimentaux sur le chien, il affirme qu'il doit atteindre et maintenir le deuxième stade de la troisième période de l'anesthésie chirurgicale.

Il en vient à la conclusion que cette profondeur d'anesthésie étant le degré d'anesthésie nécessaire à l'exécution d'une intervention chirurgicale majeure, le pentothal ne peut pas être utilisé dans ces conditions. Et il a raison, mais à une seule condition : c'est qu'il soit nécessaire pour permettre une intervention chirurgicale majeure de maintenir une profondeur d'anesthésie qui atteigne le deuxième stade de la troisième période d'anesthésie chirurgicale et c'est seulement dans ces conditions qu'il peut perdre le contrôle de la respiration.

Mais, c'est, à notre avis, une affirmation gratuite que de dire que, pour une intervention majeure, il est nécessaire que l'anesthésie atteigne le deuxième stade de la troisième période d'anesthésie chirurgicale ; et c'est là que Moyer a été trop loin dans ses déductions, à preuve du contraire : toutes les thoracoplasties, les pneumectomies, les lobectomies, que nous avons effectuées en maintenant l'anesthésie à peine au début du premier stade de la première période d'anesthésie chirurgicale. Le travail de Moyer n'en a pas moins une grande valeur scientifique et nous lui accordons toute notre admiration, mais nous affirmons qu'il est possible d'utiliser le pentothal dans la chirurgie thoracique et pulmonaire et de conserver tout le contrôle de la respiration.

La profondeur de l'anesthésie n'est pas toujours en rapport avec la gravité de l'opération et il existe nombre d'opérations très graves qui peuvent comporter la nécessité d'une anesthésie longue, mais pas nécessairement profonde. Les interventions sur le thorax et le poumon sont de ce nombre. Ce sont des interventions majeures, d'une gravité excep-

tionnelle, souvent très longues, mais en aucun temps opératoire il n'est nécessaire d'obtenir une anesthésie profonde ; bien au contraire, il y aura tout avantage à maintenir l'anesthésie la plus superficielle qui soit, afin de rendre cet aspect des risques opératoires le moins néfaste possible. Dans la chirurgie thoracique et pulmonaire, il n'y a aucune nécessité d'obtenir un relâchement musculaire parfait et il suffit souvent, pour permettre l'intervention, que le patient soit inconscient et ne réagisse pas à la douleur. Nous pouvons obtenir ces résultats en anesthésie, dès la période d'analgésie. Nous sommes donc très éloignés de l'intoxication anesthésique du deuxième stade de la troisième période d'anesthésie chirurgicale de Moyer et la marge de sécurité est très grande.

Aussi, nous ne craignons pas d'affirmer que, dans notre milieu, ce qui rend possible l'utilisation du pentothal, c'est précisément le maintien de cette narcose superficielle qui est juste assez profonde pour permettre l'intervention et qui ne dépasse jamais le premier stade de l'anesthésie chirurgicale. Et même cette profondeur d'anesthésie est encore diminuée selon les besoins de l'acte opératoire, et il n'est pas rare de constater que le malade bouge, au cours d'une intervention, nous avons laissé intentionnellement la profondeur de l'anesthésie diminuer au maximum avec l'élimination graduelle de l'anesthésique. Nous revenons même à un plan d'anesthésie antérieur à la période d'anesthésie chirurgicale et nous empiétons même sur la période d'analgésie. C'est l'application du grand principe que nous avons émis au début et qui est le mobile de toutes nos anesthésies.

Remplir l'indication anesthésique, c'est donner le minimum d'intoxication anesthésique pour le maximum de facilité opératoire.

#### DÉPRESSION RESPIRATOIRE

Mais, tout de même, s'il nous est possible d'affirmer que nous possédons le contrôle de la respiration en maintenant l'anesthésie à un degré toujours superficiel, il reste encore un fait important : c'est que même avec une anesthésie superficielle, le pentothal déprime la respiration et cette dépression de la respiration demeure encore une objection à l'utilisation du pentothal et il paraît inadmissible que l'on puisse diminuer

l'amplitude et le rythme respiratoires chez des patients qui souffrent déjà d'une insuffisance pathologique de la respiration et chez qui cette insuffisance est encore exagérée par l'ouverture de la plèvre, la création d'un pneumothorax, l'affaissement de tout un lobe pulmonaire ou même de tout un poumon. Il serait plus logique de mettre notre confiance dans les médicaments dont l'action apporterait une augmentation du rythme et de l'amplitude de la respiration et pourrait contribuer à corriger les autres insuffisances respiratoires.

Malgré tout, pour nous, au lieu de craindre l'effet dépressif du pentothal sur la respiration, non seulement nous n'y voyons pas de contre-indication, mais nous y voyons, au contraire, une grande indication ; et cette dépression de la respiration contribue à la prévention de complications importantes et peut aider à prévenir l'état de choc.

Qu'il soit bien entendu, tout d'abord, que cette dépression de la respiration ne peut nuire en rien à l'efficacité des échanges respiratoires, qu'elle permet une oxygénation normale et une élimination constante de l'anhydride carbonique, elle n'admet, en aucun temps, la présence de la cyanose et c'est après avoir rempli toutes ces conditions que les interventions thoraciques et pulmonaires peuvent bénéficier des avantages que lui procure la dépression de la respiration.

Sous anesthésie au pentothal, l'amplitude des mouvements respiratoires est toujours diminuée ; de plus, il est admis qu'un des principaux facteurs de choc opératoire, dans les interventions sur le thorax et le poumon, est l'apparition de la respiration paradoxale qui est occasionnée par l'ouverture de la plèvre et dont les effets nocifs sont augmentés par les tractions rythmées et inégales qu'elle cause au médiastin. Il est facile de concevoir qu'une respiration rapide, ample et profonde va exagérer cette respiration paradoxale au maximum et que les tractions sur le médiastin seront d'autant plus fortes que la respiration paradoxale sera plus accentuée ; en conséquence, les chances d'apparition du choc opératoire en seront augmentées d'autant.

L'inverse est également vrai ; et c'est à notre avis un grand avantage du pentothal et une indication de son application en chirurgie thoracique et pulmonaire. Il diminue l'amplitude et le rythme des mouvements respiratoires et ainsi diminue l'intensité de la respiration paradoxale ; il

diminue les tractions sur le médiastin et diminue ainsi les chances d'apparition du choc opératoire.

Inutile d'ajouter que, dans nos interventions, non seulement nous ne nous sommes pas inquiété de cette dépression respiratoire, mais que nous y avons vu un facteur de succès important. C'est ainsi qu'une contre-indication formelle de l'anesthésie au pentothal a été transformée pour nous en une indication primordiale.

### LES SÉCRÉTIONS

Une autre objection à l'utilisation du pentothal dans la chirurgie thoracique et pulmonaire relève du contraste établi entre la dépression respiratoire et la possibilité de la présence de sécrétions bronchiques ; l'incompatibilité vient des ennuis que peuvent causer ces sécrétions sur une respiration déjà déprimée par l'action du pentothal et dont l'association peut entraîner une gêne fonctionnelle importante dans l'oxygénation des malades et produire une cyanose inquiétante dont le contrôle sera rendu difficile. Évidemment, les tuberculeux que nous opérons sont tous des tuberculeux cavitaires qui toussent et souvent expectorent quotidiennement des quantités appréciables de pus et de sécrétions bronchiques, et c'est certainement une hantise pour l'anesthésiste d'avoir à tabler avec ces sécrétions qui peuvent souvent créer une gêne mécanique très importante de la respiration.

De plus, avec le pentothal, il est un grand principe qui veut que l'anesthésiste maintienne libres, à tout prix, les voies respiratoires ; sans quoi, il aura des échecs et le tableau que nous offre la dépression de la respiration associée aux sécrétions bronchiques peut paraître sombre. Aussi, est-ce encore une raison pour ne pas approuver l'usage du pentothal dans les thoracoplasties.

Les correctifs à apporter pour lutter contre cette situation indésirable seraient, tout d'abord, de ne pas utiliser le pentothal, de faire une anesthésie au cyclopropane, au protoxyde d'azote, ou même à l'éther, comme plusieurs le préconisent, et, ensuite, de faire une anesthésie endotrachéale et de faire l'aspiration constante des sécrétions par la lumière de la sonde endotrachéale.

Dans notre opinion, les anesthésistes qui utilisent chez les tuberculeux pulmonaires l'anesthésie endotrachéale avec l'éther ou le cyclopropane ont certainement beaucoup de sécrétions à aspirer, puisqu'il est de la nature même de ces techniques et de ces médicaments de causer de l'irritation et de favoriser les sécrétions qui peuvent être produites d'autant plus facilement que les bronches déjà malades sont plus sujettes à répondre par des sécrétions abondantes à tout agent irritant, de quelque nature qu'il soit.

La fréquence de l'apparition de ces sécrétions bronchiques est tellement grande et le contrôle de ces états prend une si grande importance que c'est un facteur de premier ordre dans l'évaluation des risques anesthésiques ; ce sont ces sécrétions qui favorisent le plus les complications pulmonaires postopératoires par la diffusion de l'infection dans des territoires encore sains.

Il va de soi que le problème des sécrétions s'est posé pour nous avec l'usage du pentothal et les conclusions auxquelles nous en venons sont extraordinaires dans leur originalité. On aurait pu s'attendre, et c'était normal d'y croire, que nous aurions eu beaucoup de difficultés et de troubles respiratoires en associant aux sécrétions bronchiques la dépression respiratoire du pentothal. Non seulement nous n'avons aucun trouble, mais au contraire, et nous voulons fortement insister sur ce résultat parce que nous le jugeons d'une réelle valeur, bien qu'il puisse paraître, à prime abord, extraordinaire, nous avons vu disparaître les sécrétions bronchiques de façon totale.

Ce résultat nous l'avons obtenu avec le pentothal et la contre-indication que tous y voyaient est maintenant changée en une indication précise. Nous voulons insister sur ce résultat, parce qu'il se produit de façon si inattendue et il est tellement imprévu que beaucoup de gens expérimentés, en matière d'anesthésie thoracique et pulmonaire, pourront peut-être ne pas y croire, tellement tout cela semble irréel. Et pourtant, nous ne craignons pas d'affirmer que les techniques d'anesthésie que nous utilisons nous permettent d'obtenir, au cours des interventions, l'absence totale de sécrétions bronchiques. Cela est tellement réel qu'actuellement nous ne nous préoccupons même pas d'installer l'appareil à succion prêt à fonctionner au cas où nous aurions des sécrétions à aspirer. L'appareil à succion reste dans l'ombre.

Nos thoracoplasties se chiffrent par plusieurs centaines et nous n'avons pas souvenance, une seule fois, d'avoir eu à aspirer des sécrétions bronchiques au cours de l'intervention. Ce résultat est, d'ailleurs, comparable à celui obtenu par l'anesthésie au pentothal dans la chirurgie générale. C'est par milliers que se chiffrent nos anesthésies au pentothal en chirurgie générale et il est caractéristique de constater l'absence des sécrétions bronchiques. Ce résultat est encore plus grand dans la chirurgie thoracique du fait que ce sont des tuberculeux pulmonaires qui toussent et expectorent quotidiennement, mais il n'en est pas moins typique et original et nous sommes d'avis que ce résultat, à lui seul, est de nature à contribuer au succès de nos interventions. Aussi, c'est un motif primordial pour préconiser le pentothal dans les thoracoplasties.

Évidemment, tous attendent une explication sur l'absence des sécrétions sous anesthésie au pentothal dans les thoracoplasties. Nous ne serons pas très affirmatifs sur ce sujet dont la solution complexe relève plus d'un physiologiste ou d'un pathologiste que d'un anesthésiste. Mais, tout de même, il peut nous être permis de formuler l'opinion que cette absence de sécrétions serait due à l'action de la médication préliminaire associée à l'action du pentothal. L'association nembutal/morphine/atropine/pentothal, serait, à elle seule, suffisante pour obtenir une action inhibitrice sur les sécrétions. Ce serait surtout l'action de l'atropine, mais renforcée par l'action du pentothal qui serait cause de ces phénomènes.

Nous émettons, de plus, l'hypothèse que la rapidité d'injection du pentothal est peut-être la réponse à ce problème, l'action de l'anesthésique étant variable non seulement avec la quantité d'anesthésique injectée mais surtout avec la rapidité de la dose massive administrée. Et cela, au même titre que la possibilité d'inhiber les sécrétions bronchiques dans une anesthésie à l'éther en obtenant une concentration rapide d'éther dans les centres nerveux par une absorption massive provoquée par l'administration d'anhydride carbonique.

Mais, si la solution reste à trouver, le fait clinique existe et il est indéniable que, dans notre milieu, les malades opérés pour thoracoplastie sous anesthésie au pentothal ne présentent jamais de sécrétions bron-

chiques au cours des interventions. Ce résultat est à l'honneur du pentothal.

Nous avons apporté une attention spéciale à l'étude des objections à l'utilisation du pentothal en anesthésie pour la chirurgie thoracique et pulmonaire.

L'importance de ces objections et la valeur de la réponse à y apporter étaient pour nous un point capital, puisque de ces résultats dépendaient l'approbation ou le désaveu de toute notre expérimentation.

Nous avons fortement insisté, après interprétation de nos opinions, sur la transformation de ces contre-indications de l'anesthésie au pentothal dans la chirurgie pulmonaire en des indications réelles dont l'exposé en détail de nos constatations a contribué à mettre en évidence les raisons qui motivent notre opinion.

#### INTERPRÉTATION PERSONNELLE

Il reste maintenant à donner une opinion sur la possibilité d'adaptation de l'anesthésie au pentothal avec des techniques anesthésiques dont il sera intéressant, en même temps, de discuter l'opportunité en chirurgie thoracique et pulmonaire. C'est toute la question de l'adaptation du pentothal à l'anesthésie endotrachéale, à l'anesthésie endobronchique, à la respiration contrôlée et à la pression positive du poumon.

#### ANESTHÉSIE ENDOTRACHÉALE

Nous avons vu, dans la première partie de ce travail, jusqu'à quel point étaient grands les chocs d'idées et les controverses au sujet de l'anesthésie endotrachéale. C'est précisément de ces controverses que peut ressortir l'argumentation que, si ce genre d'anesthésie était tellement nécessaire et que son abstention contribuait à causer tant d'inconvénients, il n'y aurait pas de si nombreuses discussions ; tous admettraient la nécessité de cette technique. C'est dire que cette technique a des avantages et des inconvénients et notre opinion personnelle sur ce sujet est plutôt de ne pas utiliser ce procédé. Nous ne critiquons pas

ceux qui l'utilisent, parce que nous savons qu'ils ont des raisons majeures pour le faire, puisque, pour eux, le but principal de l'endotrachéale est l'aspiration des sécrétions bronchiques. Peu importe que la présence de ce tube endotrachéal soit, ou non, une cause d'irritation productrice de sécrétions. Il est un fait qui demeure : il y a des sécrétions et elles doivent être aspirées. Aussi, faut-il une anesthésie endotrachéale. Mais chez-nous, la question de l'aspiration des sécrétions ne se pose pas et l'indication de l'endotrachéale n'est pas justifiable. A ceux qui prétendent que l'endotrachéale est nécessaire pour maintenir libres les voies respiratoires, nous pouvons objecter : l'expérience est faite que la liberté des voies respiratoires est facilement réalisable par une technique d'anesthésie et une conduite de la narcose bien dirigée.

Nous voyons dans l'anesthésie endotrachéale, outre la présence d'un corps étranger dans les bronches, ce qui est une cause d'irritation constante de la trachée ajoutée à l'irritation du larynx, la nécessité, pour réaliser cette technique, d'obtenir un degré d'anesthésie plus profond et qui n'est pas absolument nécessaire à l'acte opératoire, mais est seulement exigé pour rendre l'anesthésie plus parfaite et ceci est contre le principe primordial de toute thérapeutique médicale : *Primo non nocere*.

De plus, le fait de maintenir une anesthésie endotrachéale demandant une anesthésie plus profonde est encore en contradiction avec un autre principe qui est la raison d'être de toutes nos actions anesthésiques : le minimum d'intoxication anesthésique pour permettre l'intervention. D'ailleurs, dans notre milieu, la profondeur d'anesthésie est trop peu marquée pour que le malade tolère un tube endotrachéal, puisqu'il est exceptionnel que les réflexes pharyngés et laryngés soient totalement abolis.

Tout de même, il ne faut pas être trop catégorique, et il nous arrive d'utiliser l'anesthésie endotrachéale ; nous en avons fait même une indication importante dans les pneumectomies et les lobectomies. Nous ne l'avons jamais utilisée dans les thoracoplasties.

Ajoutons à toutes ces considérations que la présence du pentothal ne peut pas être un inconvénient à l'administration d'une anesthésie endotrachéale et que les difficultés de celle-ci relèvent plus de la profondeur de l'anesthésie que de l'agent anesthésique.

## ANESTHÉSIE ENDOBRONCHIQUE

Les idées que nous émettons pour l'anesthésie endotrachéale ont toutes leur valeur pour ce qui concerne l'anesthésie endobronchique et elles sont même renforcées du fait que leur technique est difficile d'application, qu'elle demande une anesthésie trop profonde et que l'installation même de tout cet attirail anesthésique, avec toute sa complexité, constitue une complication et une prolongation du temps de l'anesthésie dont les bons effets peuvent être profondément diminués par les inconvénients qu'elle procure.

Il n'y a aucun doute qu'il y a une énorme différence de temps entre les techniques simples que nous utilisons et celles des anesthésies endotrachéales et endobronchiques ; cette différence de temps, dans la longueur de l'anesthésie, peut même, en certaines circonstances, s'évaluer jusqu'à un maximum de trente minutes. Il faut bien apprécier que, dans nos techniques anesthésiques, l'induction de l'anesthésie se fait à peine quarante-cinq secondes avant que le chirurgien ne commence à opérer. Tout a été préparé à l'avance, le malade est mis en position, le champ opératoire est désinfecté et, au moment où l'anesthésiste commence son anesthésie, le chirurgien a le bistouri en main et, quarante-cinq secondes après, il effectue l'incision de la peau. Ce n'est pas du tout le même tableau que nous offre l'anesthésie endobronchique où le patient est endormi sur le dos, puis c'est toute la démonstration du laryngoscope de la succion, de la sonde à introduire, du paquetage de la gorge ou du ballon à souffler ; ensuite, la mise en position opératoire du patient, la préparation du champ opératoire, toute cette démonstration se fait sous anesthésie générale profonde et peut durer souvent trente minutes avant que l'intervention commence. Ce n'est évidemment pas le même tableau et nous donnons notre préférence au premier.

Tout de même, il est des cas où l'anesthésie endotrachéale ou endobronchique est indispensable et nous devons faire ici la distinction entre la chirurgie thoracique et la chirurgie pulmonaire.

Si, d'une part, nous ne voyons aucune indication de l'anesthésie endotrachéale dans la chirurgie thoracique, nous y voyons, d'autre part, une indication dans la chirurgie pulmonaire, parce que, dans ce domaine, si nous avons réussi à contrôler l'apparition des sécrétions bronchiques

par l'administration du pentothal, nous ne sommes pas exempt d'une inondation bronchique par l'évacuation d'une suppuration de bronchectasie ou d'un abcès du poumon qui peut obstruer les bronches et être cause de gêne respiratoire importante.

L'expérience nous a appris dans ce domaine, celui de la chirurgie pulmonaire, la nécessité d'une anesthésie endotrachéale ou endobronchique, mais le caractère de cette anesthésie doit comporter la perméabilité de la sonde endotrachéale qui ne doit pas obstruer complètement les voies respiratoires. L'avantage de cette perméabilité est de permettre l'évacuation entre la paroi de la trachée et la paroi extérieure de la sonde, du sang, des sécrétions et des suppurations qui peuvent venir des bronches ; si de plus, on donne, au malade une position déclive, ce drainage des bronches peut s'effectuer facilement et permettre l'évacuation progressive. Nous avons souvent constaté au cours de ces interventions que l'aspiration des sécrétions par la lumière du tube endotrachéal ne ramenait aucune sécrétion, mais que, par contre, à certains moments de l'opération, le pus s'échappait en abondance d'une cavité pulmonaire dont l'évacuation était grandement facilitée par le libre passage entre la paroi de la trachée et la paroi externe de la sonde. Nous aurions certainement rencontré des difficultés à l'occasion de ces évacuations massives si nous avions suivi la technique de l'anesthésie endotrachéale avec obstruction hermétique par un ballon soufflé sur la paroi de la sonde.

Il n'y a pas d'intérêt à utiliser ce ballon avec les techniques d'anesthésie que nous préconisons : le pentothal.

En effet, le contrôle de la profondeur de l'anesthésie au pentothal ne commande pas la nécessité d'un circuit fermé et cette condition est plus importante pour les anesthésies au cyclopropane dont le maintien de la concentration d'anesthésique dans le sang est en rapport avec le maintien de la concentration d'anesthésique dans le ballon de l'appareil. Avec ces techniques, il est important d'avoir une anesthésie en circuit complètement fermé.

C'est encore un avantage du pentothal de permettre l'usage d'un circuit qui n'est pas hermétiquement fermé et qui permet l'évacuation des suppurations pulmonaires aussi facilement, car, sans le pentothal, il serait impossible de maintenir l'anesthésie dans ces conditions.

## LA RESPIRATION CONTRÔLÉE

Il y a, au sujet de la respiration contrôlée, des distinctions à faire sur son emploi en chirurgie thoracique et pulmonaire ; cette distinction est à faire entre l'utilité de la respiration contrôlée pour toute la durée de l'opération et la respiration contrôlée par intermittence et dont l'indication relève de l'état du malade.

La respiration contrôlée pourra servir momentanément à corriger une surdose anesthésique qui aurait pu provoquer la syncope respiratoire. Elle est tout indiquée dans ces cas, mais, pour qu'elle soit réellement efficace, il est nécessaire, tout d'abord, de vider le ballon qui contient des gaz anesthésiques et d'administrer seulement de l'oxygène.

Certains appareils sont munis tout simplement de deux ballons dont l'un contient seulement de l'oxygène et l'autre, le mélange de gaz anesthésique et d'oxygène. Mais, même avec ce dispositif, il faudra, après un certain temps, vider de nouveau ce ballon d'oxygène afin de permettre l'élimination de l'excès d'anesthésique hors de l'organisme. Dans les surdoses anesthésiques, l'efficacité de la respiration contrôlée est en rapport avec la possibilité d'élimination de cet excès d'anesthésique.

Une belle indication de la respiration contrôlée est son utilisation dans la chirurgie pulmonaire à certains moments où les temps opératoires sont de nature à provoquer des perturbations réelles de la respiration ; elle est très utile au moment de l'ouverture de la plèvre et au moment de la ligature du pédicule pulmonaire. Nous l'instituons dans ces cas de façon préventive et nous avons l'impression que ces manœuvres contribuent largement à la prévention de l'établissement d'un trop grand état de choc.

La respiration contrôlée est utile souvent au début d'une anesthésie au pentothal-curare-cyclopropane.

La première dose de pentothal a pu provoquer une dépression respiratoire importante, sans que la narcose soit suffisante pour permettre l'intervention et le complément d'anesthésie doit se faire au cyclopropane. Mais, il est une condition essentielle à la possibilité d'approfondir l'anesthésie au cyclopropane : c'est que cet agent puisse pénétrer dans l'organisme et, pour obtenir cette diffusion du cyclopropane dans l'organisme, il est nécessaire d'avoir des mouvements respiratoires. Or,

ces mouvements respiratoires sont fortement diminués par le pentothal. Les mouvements de respiration contrôlée dans ces conditions servent à approfondir la narcose en dépit de l'insuffisance des mouvements respiratoires spontanés.

La façon la plus simple d'instituer la respiration contrôlée est de pratiquer des pressions rythmées sur le ballon d'oxygène et de permettre ainsi la pénétration de l'oxygène dans l'alvéole pulmonaire et, en autant que la circulation se maintient, de favoriser l'oxygénation du sang.

Il est un point qu'il faut signaler. C'est qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une anesthésie endotrachéale pour effectuer efficacement la respiration contrôlée, celle-ci peut fort bien se pratiquer avec son maximum d'efficacité au moyen d'un masque ordinaire, pourvu qu'il soit bien appliqué et que le tout se fasse en circuit fermé.

De plus, il est utile d'avoir sur l'appareil un manomètre indiquant le degré de pression qui nous permette de juger de l'intensité de la pression qu'il est bon d'effectuer sur le ballon. Cette pression ne doit pas dépasser cinq à dix millimètres de mercure et, de plus, entre chaque mouvement de respiration contrôlée, le ballon ne doit pas être sous pression, puisque cette trop grande pression serait un obstacle à l'expiration et ne favoriserait pas la déflation du poumon.

#### LA PRESSION POSITIVE

Des idées générales ont été émises sur cette question dans la première partie de ce travail ; qu'il suffise donc de rappeler que, si elle est instituée, elle ne doit pas dépasser cinq à dix millimètres de mercure.

Mais, en ce qui nous concerne, nous pouvons affirmer que nous ne l'employons pas de façon systématique, mais, bien au contraire, de façon exceptionnelle. La nécessité de cette pression positive est d'ailleurs beaucoup discutée et les opinions diffèrent sur ce sujet : nous ne croyons pas que le fait de ne pas utiliser la pression positive au cours des interventions thoraciques ou pulmonaires ait, en réalité, beaucoup d'influence sur les résultats.

Il est à se demander si l'avantage qu'on attribue au rétablissement de l'amplitude respiratoire est si réel qu'on le prétend, car le fait de main-

tenir ce poumon sous pression peut diminuer l'activité du réflexe vago-pulmonaire ; en plus, il rend les échanges gazeux plus difficiles et ne permet que partiellement l'élimination de l'anhydride carbonique. Aussi, sommes-nous d'opinion que cette pression positive ne doit pas être instituée de façon continue au cours d'une intervention pulmonaire. Elle a de grands avantages si elle est utilisée de façon extemporanée.

Nous l'utilisons dans les interventions pulmonaires au moment de l'ouverture de la plèvre dont le pneumothorax est la conséquence essentielle. Il peut, à ce moment, s'installer un état de choc dont l'origine est, sans aucun doute, le changement brutal de la pression intrathoracique.

Dans le but de prévenir et d'atténuer les effets de ce changement de la pression intrathoracique, nous instituons momentanément une pression positive au poumon, mais cette pression positive n'est que passagère et nous l'abandonnons presque aussitôt.

Le but que nous nous proposons d'atteindre en instituant cette pression positive n'est pas d'empêcher le poumon de se collaber, mais seulement de diminuer la brutalité de ce phénomène et nous sommes d'avis que le choc qui suit l'ouverture du thorax est causé beaucoup plus par la brutalité de son apparition que par l'affaissement du poumon lui-même. Il se produit, évidemment, des troubles importants du côté de la respiration et de la circulation, mais nous sommes convaincu aussi que l'organisme a un pouvoir d'adaptation à cet état de chose et que cette adaptation est indépendante de la pression intrapulmonaire positive.

Peut-être est-il discutable que la pression intrapulmonaire positive prévienne l'apparition du choc en diminuant l'intensité de l'amplitude inspiratoire et expiratoire, car il n'y a aucun doute que, sous pression positive, le thorax est distendu au maximum et que les mouvements d'expiration sont restreints d'autant dans leur amplitude. Comme conséquence, il y a une respiration paradoxale moins marquée et des tractions moins fortes sur le médiastin. C'est dire qu'il y a une atténuation du choc opératoire.

Nous avons vu, antérieurement, comment nous réussissons à arriver au même but, soit diminuer l'amplitude et de l'inspiration et de l'expiration en utilisant, à cet effet, la propriété de dépression respiratoire du

pentothal. Somme toute, nous arrivons au même résultat et nous avons, en plus, l'impression de ne pas avoir à subir les ennuis de la pression positive. Il est reconnu, d'ailleurs, que cette pression positive n'est pas tolérable chez un individu qui n'est pas sous anesthésie et il n'est pas bien certain que les conditions soient tellement différentes sous narcose.

Il nous faut signaler, enfin, à ce sujet qu'à plusieurs reprises l'acte opératoire a eu à souffrir de cette pression positive, tout spécialement au cours d'une lobectomie où on a rencontré des difficultés auxquelles le chirurgien n'était pas habitué. C'était la présence de la pression positive qui donnait au lobe pulmonaire voisin une expansion assez grande pour nuire à la bonne exécution de l'opération et, à la demande du chirurgien, il a suffi d'enlever cette pression positive pour rendre le travail beaucoup plus facile en permettant un affaissement relatif du lobe sain dont le degré d'inflation ne venait plus gêner par son volume le champ opératoire.

Le même phénomène s'est encore produit au cours d'une gastrectomie transthoracique. Le poumon sous pression positive gênait considérablement par son volume la lumière du champ opératoire et c'est en arrêtant cette pression positive que l'acte opératoire a pu être effectué beaucoup plus facilement.

Nous pouvons ajouter que, dans ces cas, les malades ne se sont pas trouvés plus mal parce qu'on avait cessé la pression positive. Ils se sont adaptés à l'état pathologique causé par le pneumothorax et la suppression de cette manœuvre a contribué à assurer une meilleure exécution de l'acte opératoire.

Nous avons formulé une opinion personnelle sur les points capitaux qui orientent la direction d'une anesthésie générale en chirurgie thoracique et pulmonaire, en même temps que nous avons discuté du problème de l'adaptation du pentothal en regard de tous ces faits.

(A suivre.)

---

# HISTOIRE DE LA MÉDECINE

---

## HISTOIRE DES MÉDECINS CANADIENS

par

Ch.-M. BOISSONNAULT

---

III

### PIERRE DE SALES LATERRIÈRE, FILS

De son mariage avec Catherine Delzenne, veuve Pélissier, Pierre de Sales Laterrière avait eu deux fils, Pierre de Sales et Marc-Paschal. Tous deux embrassèrent la médecine et, à l'instar de leur père, firent leurs études outre-mer. Pierre de Sales étudia sous sir Ashley Cooper et devint médecin des *Voltigeurs* de Salaberry en 1812. En 1823, il se rendit en Angleterre où il habita pendant de longues années. Il ne revint de Grande-Bretagne que peu de temps avant sa mort survenue aux Éboulements le 15 décembre 1834. Il s'était marié à Londres en 1815 avec Mary-Anne, fille unique de sir Fenwick Bulmer, qui lui donna plusieurs enfants. Il a publié sous le pseudonyme de *Un Canadien* un ouvrage intitulé : *A political and historical account of Lower Canada, with remarks on the present situation of the people*, à Londres en 1830. Ce livre que nous n'avons pas lu serait, si l'on en croit l'abbé Henri-Raymond Casgrain, remarquable. Cet ouvrage, écrit-il, « où la largeur de vues le

dispute aux élans du patriotisme, fit sensation dans notre province, et contribua à retarder l'union des Canadas que préméditaient les ennemis de la race canadienne ». <sup>1</sup>

Vers la fin de la guerre de 1812, Pierre de Sales II partit pour l'Europe, Il entendait se rendre en France et réclamer un héritage que son père avait tenté de récupérer, mais sans succès, en 1807. Il fit le trajet de New-York à Bordeaux et arriva au beau milieu des Cent-Jours, c'est-à-dire que Napoléon venait de quitter l'île d'Elbe et de voquer vers Paris. chassant de nouveau les Bourbons du trône de France. Pierre de Sales II était donc en mauvaise posture, car l'Angleterre allait recommencer la guerre avec l'Empire et les citoyens anglais qui seraient découverts en France risquaient de subir un mauvais sort.

Pierre de Sales II rencontra à Bordeaux dans la personne du préfet un compatriote, originaire de Montréal, du nom de Mézières. Après avoir examiné le passeport du jeune médecin canadien, le préfet lui dit ceci : « Mais, mon cher compatriote, que venez-vous faire en France dans un temps si critique? Vous allez être enrôlé dans l'armée, et forcé de prendre part à la lutte gigantesque qui va s'engager. Demain, j'envoie un *brick*, comme aviso, sous pavillon blanc, en Angleterre ; je vous conseille d'y prendre passage, voici votre passeport révisé. En attendant, venez ce soir dîner avec moi, dans ma ville ; nous parlerons du Canada ; il y a longtemps que je n'en ai pas eu de nouvelles. »<sup>2</sup>

C'est ainsi que, sans avoir pu rencontrer ses parents de France, Pierre de Sales revint en Angleterre, séjourna chez sir Fenwick Bulmer, l'ami de son père, et finit par convoler en justes noces avec sa fille unique. Quant au préfet de Bordeaux, Mézières, après la chute de l'Empire, il dut s'expatrier et revint en Canada. Casgrain nous révèle que c'est ce de Mézières qui rédigea pendant deux ans le périodique intitulé : *l'Abeille canadienne*.

Pendant son séjour en Angleterre, il publia, comme nous l'avons dit, un intéressant ouvrage sur le Canada, ouvrage qu'il avait rédigé en langue française et qui fut traduit en anglais <sup>3</sup> par le fameux Rœbuck, l'un des députés de Westminster les plus favorables aux Canadiens.

1. Henri-Raymond CASGRAIN, *Œuvres complètes* II, *Biographies*, p. 224.

2. Cité par CASGRAIN, *ibid.*, II, p. 225.

3. AHERN, *ibid.*, p. 358.

L'abbé Casgrain raconte dans sa biographie de Pierre de Sales II que Marie-Anne Bulmer, la jeune femme de Pierre de Sales II, n'avait pas particulièrement goûté son séjour aux Éboulements, c'est pourquoi ils étaient tous deux retournés en Angleterre, finalement.

« Née en Angleterre, d'une famille opulente, élevée au milieu d'une société d'élite, il est facile d'imaginer quel serrement de cœur, quel écrasant ennui dut fondre sur elle, lorsque après son mariage (Marie-Anne Bulmer) se vit transportée dans cette âpre solitude, dans notre climat rigoureux qu'attristent des hivers interminables. Aussi les exclamations d'ennui que lui arrachait cet isolement de toute société, sont-elles restées proverbiales dans les environs. *Oh ! the Eboulemagnes ! the Eboulemagnes !* s'écriait-elle avec horreur, au milieu de l'hilarité générale, chaque fois qu'on lui rappelait, dans la suite, le souvenir de cette courte mais triste époque de sa vie. Elle ne put s'habituer à cette morne solitude, et vint, avec son mari, s'établir à Québec. »<sup>4</sup> Aussi n'habita-t-elle le Canada que durant sept ans. Les descendants de cette branche anglaise de la famille Laterrière vivent encore en Angleterre où ils occupent une haute situation dans le commerce et le négoce. Casgrain estime à cent mille livres sterling la fortune léguée par sir Fenwick Bulmer à Pierre de Sales II.

Pierre de Sales II mourut jeune encore, à 45 ans, le 15 décembre 1834, laissant le souvenir d'un parfait gentilhomme. Dans les *Mémoires* de Philippe Aubert de Gaspé, on retrouve le portrait suivant de Pierre de Sales II : « Un journal de Québec annonça la mort de mon ami, écrit le bon vieillard à qui nous devons les *Anciens Canadiens*. Je laissai tomber la feuille, et m'enfermant dans une chambre, d'où je découvrais la paroisse des Éboulements, je fis de pénibles réflexions, en pensant que là gisait le corps inanimé de celui dont la gaieté animait naguère les cercles de ses nombreux amis, de celui dont tous les traits s'épanouissaient de plaisir chaque fois qu'il venait à ma rencontre, comme l'aurait fait un tendre ami après une longue absence. O néant de la vie ! m'écriai-je ; s'il m'était donné de traverser ce fleuve couvert de glace, de me pencher sur la tombe de mon ami, je n'y rencontrerais que le froid accueil des hôtes ordinaires du sépulcre ! Dors en paix, ô mon ami, sur la rive gauche

4. CASGRAIN, *ibid.*, II, p. 211.

du majestueux Saint-Laurent ! Celui que tu as tant aimé trouvera aussi bien vite le repos sur la rive opposée du même fleuve ! Les tempêtes qui bouleverseront ses flots ne troubleront pas plus ton repos que les ouragans beaucoup plus terribles de la vie humaine, auxquels ton ami sera exposé jusqu'au jour où il trouvera aussi la paix et la tranquillité dans le silence d'un sépulcre creusé en face de ta tombe. »<sup>5</sup>

## IV

## L'HONORABLE MARC-PASCHAL DE SALES LATERRIÈRE

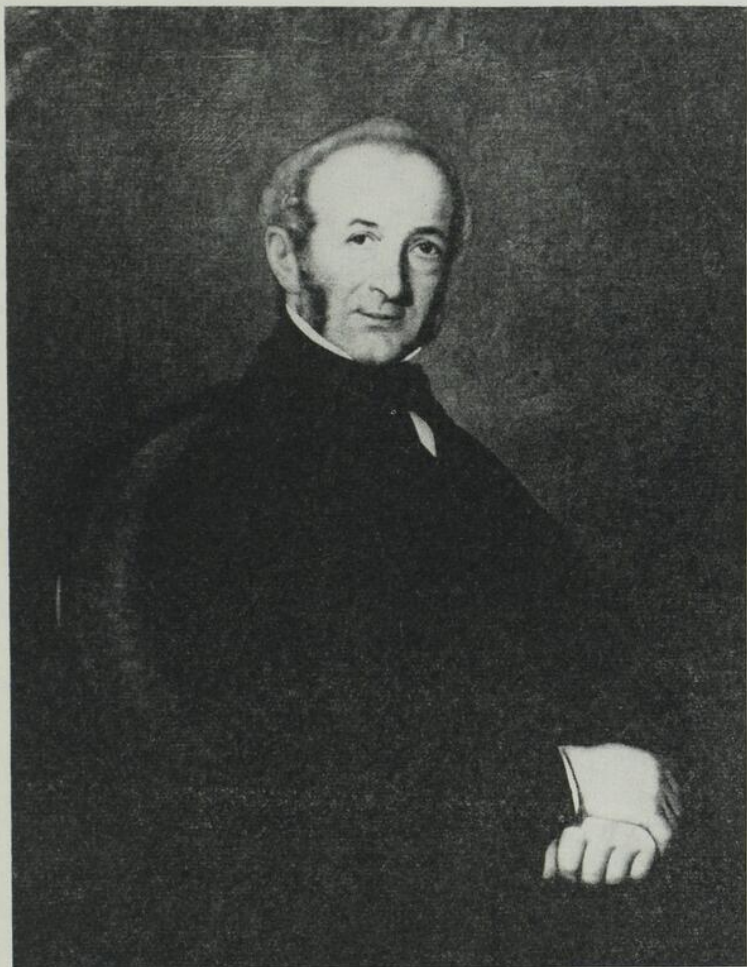
Médecin, conseiller législatif, membre du *Conseil spécial* qui administra le Bas-Canada du 2 avril 1838 au 10 février 1841, Marc-Paschal de Sales Laterrière naquit à la Baie-du-Febvre en 1792 et mourut octogénaire aux Éboulements le 29 mars 1872. C'était le second fils de Pierre de Sales Laterrière et de Marie-Catherine Delzenne, veuve Pélissier. Il fit ses études au Séminaire de Québec et sa médecine à Philadelphie sous le docteur Benjamin Rush, un praticien célèbre en son temps.

A peine reçu médecin, il pratiqua à Québec et s'enrôla en 1812 dans les milices du Bas-Canada dont il devint bientôt le chirurgien général. En 1816, il vendit sa clientèle au docteur Joseph Morrin, un Écossais venu très jeune en Canada et qui joua un rôle de premier plan à Québec tant en qualité de médecin que dans la politique municipale et provinciale. C'est ce même Morrin qui fut président de la première École de médecine de Québec et du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada.

Sa pratique vendue, Marc-Paschal de Sales alla s'établir aux Éboulements dans le manoir seigneurial. Entre temps, il joua un rôle politique considérable. De 1824 à 1830, il représente la circonscription de Northumberland à l'Assemblée et de 1830 à 1832 celle du Saguenay. En 1824, il avait été élu « membre de la législature provinciale, conjointement avec M. John Fraser, par le comté de Northumberland, désigné depuis sous le nom de comté de Saguenay ». <sup>1</sup>

5. Philippe-Aubert de GASPÉ, *Mémoires*, p. 242.

1. Voir au sujet de Marc-Paschal de Sales Laterrière les ouvrages suivants : Pierre de Sales LATERRIÈRE, *Mémoires* ; AHERN, *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada* ; Gustave TURCOTTE, *Le conseil législatif de Québec 1774-1933* ; Henri-Raymond CASGRAIN, *Œuvres complètes*, II, *Biographies canadiennes*.



QUÉBEC, Musée de la Province — Portrait de Marc-Pascal de Sales Laterrière (Baie-du-Febvre, 25 mars 1792 et Les Éboulements, 1872), médecin et homme politique. (Fils de Pierre de Sales Laterrière et de sa maîtresse, Catherine Delezenne.)

H. 3' 1" L. 2' 5" T.

Œuvre de Théophile HAMEL, 1853.

Exposition du centenaire de l'Institut canadien de Québec, 26 septembre—  
24 octobre 1948.

*(Publiée avec l'autorisation du directeur de l'inventaire des Oeuvres d'art.)*

H-9

En 1832, lord Aylmer étant gouverneur du Canada, Marc-Paschal de Sales est nommé membre du conseil législatif et conserve ce poste jusqu'à la suspension de l'Acte constitutionnel du Bas-Canada en 1837 après les troubles. C'est alors qu'il fut nommé membre du *conseil spécial* dont nous avons parlé plus haut.

La constitution de 1841 ou *Acte d'Union* ayant été adoptée, Marc-Paschal Laterrière ne se présenta pas immédiatement. Ce n'est qu'en 1846 qu'il brigua de nouveau les suffrages dans son fidèle comté de Saguenay dont il demeura le député jusqu'en 1851. En 1856, le conseil législatif étant devenu électif, Marc-Paschal résolut d'y siéger de nouveau. Il brigua les suffrages dans la division des Laurentides et fut élu. Ce fut sa dernière victoire électorale. Adversaire de la confédération des provinces britanniques de l'Amérique du nord, il fit la lutte aux partisans de la nouvelle constitution et quand il voulut se présenter aux Communes en 1867, il fut défait.

En vérité, la division des Laurentides lui appartenait bel et bien s'il faut en croire un paragraphe de la biographie que lui consacre l'abbé Casgrain, paragraphe qui nous montre Marc-Paschal de Sales Laterrière, « la hache à la main, à la tête d'hommes courageux, aidé d'un faible octroi », se frayant, « à travers les Laurentides, cet immense et difficile chemin qui, aujourd'hui (1870), met toute cette côte en communication avec Québec ».

Marc-Paschal Laterrière, se souvenant sans doute des *traverses* dont son père avait tant souffert, avait proposé alors qu'il faisait partie de la législature de soumettre les diplômés des universités étrangères (britanniques ou coloniales) aux lois du Bas-Canada. Il voulait que tous subissent un examen régulier pour l'obtention de « leur licence provinciale », licence qu'il avait lui-même reçue le 23 avril 1812.

Marc-Paschal Laterrière laissa quatre fils et deux filles que lui donna sa femme, née Eulalie Dénéchaud. C'était la fille de Claude Dénéchaud, ancien député, et d'Adélaïde Gauvreau.

De ses enfants, deux, Pierre et Laure, madame Frédéric Braun, furent emportés par la phtisie. Braun était secrétaire du département des travaux publics à Ottawa. L'aîné des fils de Marc-Paschal Laterrière se nommait également Paschal et mourut d'une blessure que lui causa



QUÉBEC, Musée de la Province — Portrait de M<sup>me</sup> Pascal de Sales  
Laterrière (née Eulalie Dénéchaud).

H. 3' 1" L. 2' 5" T.

Œuvre de Théophile HAMEL, 1853, reproduite avec l'autorisation du  
directeur de l'inventaire des œuvres d'art.

Exposition du centenaire de l'Institut canadien de Québec, 26 septembre-  
24 octobre 1948.

H-10

l'explosion d'un canon. « Un jour, rapporte Casgrain, il prit fantaisie à l'aîné des fils de M. de Laterrière de tirer un vieux canon français depuis longtemps abandonné. L'arme, chargée imprudemment, éclata en pièces et un énorme fragment vint frapper le malheureux jeune homme au côté, en lui déchirant les entrailles. Il ne survécut que vingt-quatre heures à cette horrible blessure ; mais, aidé des prières de sa mère, il se prépara à la mort avec des sentiments de piété et de résignation si édifiants, il expira avec des marques si consolantes de prédestination, que sa pauvre mère, en souvenir de reconnaissance, fit bâtir une chapelle dédiée à la très sainte Vierge. »

On se demandera peut-être quelle sorte de médecin était Marc-Paschal. Il faut à cet égard accepter le témoignage de l'abbé Casgrain qui dit ceci : « Un demi-siècle de services et de dévouement, comme médecin, ont appris aux Éboulois à lire dans l'âme de leur seigneur. Pour lui, la médecine est un sacerdoce : le malade est un être sacré à qui il se doit, même au risque de sa vie. Jusqu'à ce jour (1870), chargé de ses quatre-vingts ans, M. de Laterrière, par pur motif d'humanité, a rempli les devoirs de son art. L'année dernière, appelé, au milieu de la nuit, pour un pauvre malade, il s'engage à travers les montagnes, prodigue ses soins à son patient, revient accablé de fatigue, et tombe victime de sa charité. Que lui importait ? Le devoir était accompli ! » C'est ainsi qu'en ces temps reculés les médecins canadiens, à la campagne, exerçaient l'art de guérir et de soulager la pauvre humanité souffrante.

## V

### JOHN ROLPH, AVOCAT, MÉDECIN, RÉVOLUTIONNAIRE

Par un beau jour de l'année 1827 ou 1828, les personnes qui entraient dans le palais de justice de London, ville du Haut-Canada, l'Ontario d'aujourd'hui, apercevaient souvent un homme solide, vigoureux, chargé de sacoches, l'une contenant des instruments de chirurgie, l'autre des documents légaux et des livres de droit. C'était le docteur John Rolph, avocat et médecin, qui transportait dans les pochettes de sa selle tout ce qui était nécessaire aux deux professions qu'il exerçait quotidiennement, si l'on peut dire. En ces temps reculés, on avait aussi souvent besoin

d'un avocat que d'un médecin. C'était l'époque heureuse de la distribution des terres dans la future province d'Ontario.

Cette partie du Canada, explorée par les militaires et les coureurs de bois canadiens, est devenue, en 1763, par proclamation royale, une portion du territoire de la première province de Québec. En 1774, le Parlement britannique adopta une loi étendant aux frontières actuelles le territoire de la colonie et englobant une partie de ce qui constitue le nord des États-Unis d'aujourd'hui.

En 1775, par suite de la guerre de l'Indépendance américaine, les territoires qui forment aujourd'hui l'Ontario furent peuplés par une foule de gens venus des États-Unis chercher refuge en notre pays. Les uns s'établirent aux environs du fort Niagara, d'autres à Détroit, d'autres sur le site de la ville actuelle de Kingston, mais la majorité se réfugia dans le Bas-Canada et attendit que le gouvernement leur octroya des terres. En vérité, cet immense territoire n'était alors qu'une vaste solitude boisée dont il fallait d'abord faire l'exploration et l'arpentage. Dans ces conditions, la médecine s'y pratiqua d'abord d'une façon fort sommaire et souvent par des hommes qui n'avaient qu'un simple diplôme de chirurgien, quand ils en avaient un.

En somme, l'art médical a commencé en Ontario comme dans la province de Québec, comme dans la Nouvelle-France, par la chirurgie. On ne peut guère s'attendre, en de telles périodes, et dans des pays tout à fait neufs, à voir les questions médicales prendre une place importante dans l'administration publique. Un coup d'œil sur les débuts de la médecine et de l'hygiène en Nouvelle-France nous donnera une idée de la façon dont les choses se passaient alors.

Aux débuts, le Canada est sous la domination de compagnies de traite qui ont loué le pays du roi de France tout comme on louerait un terrain de chasse ou de pêche. Évidemment, de telles compagnies n'ont qu'une seule préoccupation : faire avec les indigènes un commerce des plus fructueux, en l'occurrence celui des pelleteries.

On est quand même étonné de constater avec quelle précision et quel sens pratique certaines questions médicales ou démographiques sont envisagées sous le règne de Louis XIV. C'est ainsi que le roi de France, en 1667, établit, par une de ces ordonnances qui tinrent si longtemps lieu

de code civil au Canada, un système de tenue des registres de l'état civil, système qui fut sans doute le premier au monde et qui est encore en vigueur aujourd'hui dans la province de Québec. Le progrès n'a pas toujours été réservé à d'autres. C'est le clergé qui est chargé de tenir registre des baptêmes, des mariages et des sépultures et d'en fournir copie à l'autorité civile : « Seront faits, dit le roi, en chacun par deux registres pour écrire les baptêmes, les mariages et les sépultures en chacune des paroisses . . . l'un desquels servira de minutes et demeurera entre les mains du curé et l'autre sera porté au juge royal pour servir de grosse. » C'était là prendre, dès les origines, une mesure efficace pour surveiller le développement de la colonie et en assurer l'état civil.

Quelques années plus tard, le conseil supérieur de Québec s'occupe d'une manière très éclairée de la question alimentaire. Ainsi, il convoque en 1677, une assemblée générale des habitants pour faire l'essai du pain et en fixer le prix. En 1707, voulant assurer aux habitants une viande de bonne qualité, il adopte, au sujet de l'inspection de la viande, des règlements qui équivalent à notre estampillage moderne. Aucun boucher ne peut, sous peine de confiscation et d'amende, abattre un animal sans prévenir le procureur du roi ou son représentant officiel, « afin qu'il s'y transporte pour connaître si les bêtes sont en assez bon état pour être distribuées au public ». Aucun habitant de la campagne ne peut apporter et vendre de la viande à la ville sans présenter d'abord, au procureur du roi ou son représentant, un certificat du juge, s'il y en a un dans la place qu'il habite, ou sinon du seigneur, du curé ou de l'officier de milice, lequel certificat doit établir « comme les bestiaux par eux apportés n'étaient pas attaqués d'aucune maladie avant d'avoir été tués et qu'ils ne sont pas morts d'accidents, comme noyés ou empoisonnés ». Il serait difficile de faire mieux aujourd'hui.

Aux lendemains de 1763, l'élément démographique nouveau cherche à s'emparer des positions-clefs, ce qui amène forcément, pendant quelque temps, une perturbation sociale prononcée. C'est aussi une époque de militarisme et les chirurgiens de l'armée et de la marine prennent l'autorité en main.

La menace d'un danger nouveau fait apparaître les premières mesures sanitaires. Lors de l'épidémie de typhus en Irlande (1795), les navires

venant d'un port infecté doivent subir une inspection et être mis, s'il le faut, en quarantaine. Le capitaine ne doit rien cacher à l'inspecteur sous peine de perdre sa tête, et on peut tirer sur les vaisseaux. Si vigoureuses que ces mesures puissent paraître, elles ont le grand tort, au point de vue de l'organisation, de n'être que temporaires, ce qui oblige médecins et fonctionnaires à recommencer à chaque nouvelle alerte.

Ainsi, de 1815 à 1821, le gouvernement nomme des médecins vaccinateurs, accorde des prix à un mémoire sur les avantages de la vaccination et encourage, autant qu'il se peut, cette pratique, sans toutefois la rendre obligatoire, ce qui serait essentiel à son efficacité.

Pendant ce temps, la médecine s'organise. On a vu plus haut les différentes difficultés auxquelles se heurtèrent les médecins canadiens. Dans le Haut-Canada, il n'y eut pas de loi civile avant 1788, nous dit Canniff<sup>1</sup>. C'est en effet à cette époque que le Canada occidental fut subdivisé en quatre régions : Lunenburg, Mecklenburg, Nassau et Hesse. Le souvenir de l'Allemagne devait être fort vivace en cette partie du pays. Kingston, Niagara et Détroit comptaient à peine un ou deux médecins, ou mieux chirurgiens militaires. Pendant des années, les pionniers dépendirent de ces chirurgiens de l'armée qui consentaient volontiers à parcourir de grandes distances pour aller soulager un malade qui ne payait guère. Il arriva aussi que certains endroits furent colonisés par des soldats licenciés. Dans ce cas, leur chirurgien de régiment les accompagnait et ils bénéficiaient de ses services. Voici quelques noms que l'on trouve dans le livre que William Canniff a consacré à la profession médicale du Haut-Canada : Solomon Jones, chirurgien officier des *Loyal Rangers*, Sparham, officier d'hôpital qui avait servi dans la guerre de 1763, Pontiac, je suppose ; James Stuart, officier chirurgien des *Royal Rangers* de New-York, James Walker, chirurgien militaire.

Sparam, de son vrai nom, Thomas Spareham, venait d'Augusta, dans le Maine. D'après la *Gazette* de Kingston, il serait mort à l'âge vénérable de 88 ans. Il exerça apparemment la médecine durant toute sa vie en même temps qu'il défricha et cultiva une terre à Waterloo, près Kingston. Nous possédons un document plus élaboré touchant la

1. *The Medical Profession in Upper Canada*, p. 16 et suivantes.

carrière de Solomon Jones, document conservé aux Archives publiques du Canada et émanant de Jones lui-même.

Il s'agit d'une requête présentée à Robert Prescott, capitaine général et commandant en chef de la province du Bas-Canada. Solomon Jones y déclare qu'il est citoyen des États-Unis par sa naissance et qu'en 1776 il s'est joint aux armées du roi dans les rangs desquelles il a combattu jusqu'à la signature de la paix en 1783 en qualité d'officier chirurgien. Depuis lors, il a vécu sur les terres de la Couronne dans la province du Haut-Canada où, durant une période considérable de temps, il a souffert toutes sortes d'ennuis et de misères ainsi que sa famille, ennuis et misères qui attendent tous ceux qui colonisent un nouveau pays. Le requérant ajoute qu'il est le père de six enfants et le mari d'une femme, qu'il lui faut faire vivre cette famille et subvenir en même temps aux besoins d'une femme âgée qui est sa propre mère. En conclusion, Solomon Jones réclame le poste de médecin de l'hôpital de Kingston, poste devenu vacant par la mort du docteur Latham, le médecin auquel on attribue l'introduction au pays des méthodes d'inoculation de la petite vérole. Cette requête était accompagnée d'une recommandation de quatre lignes portant la signature du chirurgien Charles Blake, demi-solde. C'est précisément la veuve de ce Blake qui se remaria le 13 juin 1814 avec Bernard-Antoine Panet, avocat et coroner.

Apparemment, Solomon Jones était originaire du Connecticut et avait fait ses études médicales à Albany. Jones faisait partie, à titre de chirurgien, de l'armée de Burgoyne qui se rendit à Saratoga. Comme bien d'autres, il parvint à s'échapper et vint s'établir au Canada, d'abord à Trois-Rivières. Plus tard, Jones alla s'établir dans les environs de Brockville où il exerça la médecine et fut en même temps l'un des premiers colons de la région. On a dit de lui qu'il avait été dans cette région le premier en tout : premier colon, premier médecin, premier par l'instruction, l'éducation et l'honorabilité.

De Cornwall à Kingston, on connaissait bien le docteur Jones et presque toutes les familles de cette région eurent l'occasion, à une époque ou à une autre, de réclamer ses services professionnels. Comme bien d'autres médecins de son temps, il joua également un rôle politique dans la vie de la jeune province haut-canadienne. Tour à tour magistrat,

membre du parlement (1796-1800), commissaire d'écoles, il mourut en 1822 alors qu'il était devenu juge du district de Johnston.

Ainsi, Spareham et Jones, ainsi que Walker et James Stuart, comptent au nombre des premiers chirurgiens anglais qui ont pratiqué dans le Haut-Canada. Cependant, le plus brillant et le plus actif de tous les médecins du XIX<sup>e</sup> siècle dans cette partie du pays semble avoir été, après les Baldwin, le docteur John Rolph dont nous avons fait le portrait au début. Comme le note Canniff, sa vie forme l'un des chapitres les plus intéressants de l'histoire politique et sociale du Haut-Canada. Praticien, avocat, homme politique, professeur de médecine, il fut tout cela avec autant d'aisance que de compétence.

Né à Thornbury, Gloucestershire, Angleterre, le 4 mars 1793, il était le fils d'un médecin connu, Thomas Rolph, et de Frances Petty. Vers 1810, son père émigra dans le Haut-Canada et il y vint lui-même en 1812 après avoir parachevé ses études. Non content de cela, il retourna outremer plus tard pour y étudier le droit et la médecine. Il y demeura jusqu'en 1821. Quand il revint d'Europe, John Rolph avait été reçu membre du Barreau à l'*Inner Temple* et faisait partie du Collège royal des chirurgiens. Son voyage ne se fit pas sans difficulté la première fois, car on était en 1812 et la guerre faisait rage sur mer entre les États-Unis et leur ancienne mère-patrie. Grâce, dit-on, à l'intervention personnelle du président Madison, il parvint, après avoir été fait prisonnier sur le navire qui le transportait, à rentrer en Canada par la route de Buffalo.

Mais à Buffalo, parce qu'il s'était amusé à faire quelques dessins, on le captura et on l'accusa de s'être livré à l'espionnage. Il fallut toute l'énergie de Rolph pour s'en tirer. Peu après la bataille de Queenston, où Isaac Brock s'illustra et trouva la mort, Rolph reçut une seconde fois l'autorisation de traverser la frontière et de revenir en Canada.

Un ami de Rolph a confié au docteur Canniff que le docteur Rolph n'oublia jamais cette aventure d'autant plus qu'il n'avait eu qu'à se louer de la façon dont les chirurgiens militaires et les autres officiers de l'armée républicaine l'avaient traité. C'est à la suite de cette guerre qu'il retourna en Angleterre et étudia, comme nous le disons plus haut, la médecine et le droit. Sa médecine, il la fit sous la direction de sir Astley Cooper. Il suivit en même temps les cliniques de l'hôpital Guy et de

l'hôpital Saint-Thomas, à Londres. Il revint au Canada en 1821 et la même année il était admis à la pratique du droit au Barreau du Haut-Canada. Il s'installa à Charlotteville, dans le Norfolk, et pratiqua concurremment la médecine et le droit jusqu'au jour, où, mécontent d'un jugement prononcé par le juge Sherwood, il jeta la toge aux orties et jura de ne plus mettre les pieds au tribunal. Ce serment, il le tint, ce qui dut être assez difficile, étant donné que Rolph était déjà un avocat réputé et jouissant d'une nombreuse clientèle.

D'après Canniff, l'incident que nous venons de rapporter remonterait à 1828 et Rolph n'aurait pas été le seul à jeter la toge ce jour-là, les deux Baldwin, père et fils, en auraient fait autant. On sait que Robert Baldwin, le fils du médecin de ce nom, allait être quelques années plus tard l'associé politique de Louis-Hippolyte LaFontaine. Persuadé qu'il ne pourrait jamais obtenir justice à cause des conditions qui prévalaient alors dans la magistrature du Haut-Canada, Rolph résolut d'abandonner la pratique du droit et de se consacrer uniquement à l'exercice de la médecine.

Ce n'est que deux ans plus tard, cependant, qu'il mit à exécution la décision qu'il avait prise à la suite des injustices commises, selon lui, par le juge Sherwood. Rolph termina les causes que ses clients lui avaient confiées, mais n'en accepta pas d'autres à compter de 1828 et en 1832 il remit son bureau légal entre les mains de son frère, George Rolph. Ainsi, après 1832, John Rolph, dit Canniff, ne parut plus jamais en qualité d'avocat devant les tribunaux.

Avant 1829, John Rolph avait bel et bien pratiqué la médecine, mais sans en avoir l'autorisation officielle, ce qui montre jusqu'à quel point la liberté préconisée par la Révolution française s'était répandue dans le monde, c'est-à-dire la liberté du travail. Il avait alors une quarantaine d'années. Aussi, fut-on surpris d'apprendre soudain que « John Rolph, du village de Dundas, district de Gore, s'étant conformé aux prescriptions des statuts, était, le 10 juillet 1829, déclaré licencié en médecine ».

En vérité, Rolph était capable de réussir aussi bien en médecine qu'il l'avait été en droit et il ne tarda pas à voir sa réputation grandir, sa renommée s'étendre dans toute la région d'York (Toronto) et finalement dépasser celle qu'il s'était acquise au Barreau. En exerçant la médecine,

Rolph ne tarda pas à s'apercevoir que certains de ses confrères étaient loin de posséder les connaissances requises pour remplir les obligations qui leur incombait. Il résolut de fonder une école de médecine et commença par enseigner lui-même les rudiments de l'art d'Esculape à quiconque voulut suivre ses leçons. Dent, l'historien de *The Last Forty Years*, nous apprend que le lieutenant-gouverneur du Haut-Canada, lui-même, demanda à Rolph de fonder une école de médecine. En 1831, il quitta Dundas et vint s'établir à York (Toronto). L'année suivante, il devenait membre du Bureau médical du Haut-Canada. Quand York devint la ville de Toronto, l'un des premiers conseillers ou échevins élus fut le docteur John Rolph.

A cette époque, dans les municipalités canadiennes, les conseillers choisissaient eux-mêmes le maire. Ils devaient l'élire en désignant l'un de leurs collègues à ce poste. William Lyon Mackenzie, le futur chef de la Rébellion dans le Haut-Canada, fut élu de préférence à Rolph et devint ainsi le premier maire de Toronto. C'était une affaire purement politique. Mackenzie qui avait commencé sa lutte contre le *Family Compact* venait d'avoir des ennuis à la législature et ses amis, qui étaient en majorité au conseil municipal de Toronto, avaient voulu le consoler de ses échecs à l'Assemblée en l'élisant premier magistrat de la jeune ville. Rolph démissionna et fut remplacé par un autre médecin comme conseiller, le docteur John E. Tims, originaire d'Irlande. Tims était également un politicien et un agitateur. Il était vice-président de la *Toronto Political Union Society* et prit part à la rébellion en 1837.

A cette époque, William Lyon Mackenzie commençait ses revendications. Il entendait confier aux députés du peuple l'autorité voulue pour disposer des revenus provinciaux à l'exception des revenus héréditaires et territoriaux. Il proposait de réserver à l'approbation des députés les décisions financières de l'exécutif. Pendant près d'un demi-siècle, la lutte continuera autour de cette question. En outre, alors que l'exécutif se recrutait dans le conseil législatif, Mackenzie voulait, exigeait la séparation des deux groupements. En réalité, il réclamait la responsabilité ministérielle, c'est-à-dire la responsabilité des membres de l'exécutif vis-à-vis des députés. De là vint tout le trouble, toute la rébellion, si l'on peut dire, tant dans le Haut-Canada que dans le Bas-Canada.

Comment concilier l'autorité de la mère-patrie avec l'autorité des mandataires des colons? Voilà ce que personne ne pouvait encore indiquer en ce temps-là. Le gouverneur répondait de ses actes devant le parlement de Londres ou du moins devant les hauts fonctionnaires de la Grande-Bretagne. Comment aurait-il pu en même temps satisfaire les exigences d'un conseil détenant son autorité d'une chambre élue par le peuple du Haut-Canada? Les griefs dont se plaignaient Mackenzie et ses partisans ne pouvaient cependant être résolus que par un parlement élu et un exécutif responsable à ce parlement. Tel était le groupe qui venait d'élire Mackenzie au poste de premier magistrat de la nouvelle ville de Toronto.

Vers le même temps, John Rolph se maria. L'annonce de son mariage, reproduite par Canniff, parut le 30 octobre 1834. En voici le texte: « A Kingston, vendredi, le 30 octobre, le Révérend Monsieur Cartwright a présidé au mariage du docteur John Rolph, m.a., de la cité de Toronto, membre de l'honorable société de l'*Inner Temple*, de Londres, avocat, avec Grace, fille de George Henry Haines, de Leicester, Angleterre, autrefois. » L'année suivante, Rolph devenait membre de l'exécutif de la province, c'est-à-dire collègue des docteurs Baldwin, Dunn et Bilwell, mais tous résignèrent presque aussitôt, mécontents qu'ils étaient de la conduite du lieutenant-gouverneur. Déjà, Rolph avait été élu à deux reprises député de Middlesex et une fois de la circonscription de Norfolk dont il fut de nouveau élu en 1836.

L'heure de la colère approchait. Mackenzie tenait des assemblées publiques et des réunions secrètes dans toute la région de Toronto et souvent même dans la péninsule de Niagara. Le 13 juin 1837, les conjurés s'assemblèrent une fois de plus, le docteur Rolph étant présent, et adoptèrent une résolution spécifiant que, la résistance constitutionnelle n'ayant donné aucun résultat satisfaisant, il fallait que tous les réformistes s'armassent pour défendre leurs droits. Dans le Bas-Canada, Papineau et ses partisans approuvèrent immédiatement la décision de Toronto et un système secret d'entraînement militaire fut mis sur pied par les Patriotes du Haut et du Bas-Canada. Le 9 octobre, au cours d'une nouvelle assemblée secrète à laquelle participait le docteur Rolph, Mackenzie proposa un plan par lequel les conjurés pourraient s'emparer du gouverneur et des édifices du gouvernement à Toronto.

Quelques-uns des conjurés reculèrent devant la révolte ouverte, mais les autres appuyèrent Mackenzie qui poursuivit ses préparatifs. Le 25 novembre 1837, alors que, déjà, la rébellion avait éclaté dans le Bas-Canada, Mackenzie lança une proclamation qu'il signa en faisant accompagner son nom du titre suivant : président *pro tempore* du gouvernement provisoire de l'État du Haut-Canada. Dans cette proclamation, il invitait le peuple à la révolte. Le gouvernement administré par sir Francis Bond Head ne bougea pas. Il semblait croire, ce bon gouverneur, que Mackenzie ne serait pas suivi et qu'en le laissant faire, il lui fournirait, comme on dit familièrement, assez de corde pour se pendre. Généreux, il expédia toutes les troupes régulières qui composaient les forces haut-canadiennes dans la province du Bas-Canada. Ainsi, Toronto, la capitale, se trouva à peu près sans défense.

Si Mackenzie, écrit un historien anglo-canadien, avait eu au plus minime degré possible des qualités de commandant et s'il avait été suivi par les partisans sur lesquels il se croyait en droit de compter, il aurait certainement capturé le gouverneur et les édifices du parlement haut-canadien. Pour comble de malheur, il décida à la dernière minute de changer la date de l'ouverture des hostilités avec le résultat que le matin du 5 décembre 1837 quelque sept cents hommes mal armés s'engagèrent dans la rue Yonge pour aller prendre des édifices dont les défenseurs étaient déjà alertés. Ce fut une défaite et Mackenzie, irrésolu, furibond, prit la fuite pendant que les plus Patriotes se battaient à la taverne Montgomery et se faisaient écraser deux jours plus tard, soit le sept décembre. MacNab, un futur chef de gouvernement, commandait les loyalistes, ou gouvernementaux. Mackenzie s'enfuit aux États-Unis et durant une douzaine d'années il demeura en exil. L'amnistie de 1849 lui permit de revenir au pays et, à l'instar de Papineau à son retour, Mackenzie eut beau se faire élire, il ne parvint jamais à reprendre son autorité sur la chambre. Son temps était passé.

Quand sir John Colborne arriva à York ou Toronto en 1825, on lui présenta une adresse qui portait deux signatures de médecins, W. W. Baldwin et Thomas David Morrison, deux hommes qui devaient, avec Mackenzie et Rolph, jouer un certain rôle dans la rébellion. Le docteur Morrison était un ancien commis arpenteur général du Haut-Canada qui

avait été destitué sans aucun motif. La destitution avait été faite peu de temps après qu'il eut adhéré à la foi méthodiste, selon Ryerson <sup>1</sup>. Le 5 juillet 1824, il était devenu médecin et admis à la pratique de la médecine dans le Haut-Canada. En 1834, il était élu député de York (*Third Riding*) et conseiller municipal immédiatement après l'incorporation de Toronto en municipalité. En 1836, lors d'un remaniement du bureau médical haut-canadien, Morrison en devint membre. En 1935, il devenait maire de Toronto et président du bureau de santé de la ville de Toronto.

Radical reconnu, Morrison faisait partie du groupe Mackenzie qui, en somme, régnait à Toronto à cette époque. Dent raconte qu'il accueillit fort mal les projets de Mackenzie quand celui-ci proposa de capturer Toronto et d'y établir un nouveau gouvernement, mais c'est alors qu'intervint le docteur Rolph dont l'intelligence et l'audace n'avaient d'égales que ses connaissances juridiques et sa volonté de libérer la population torontoise de la *clique*, c'est-à-dire du *Family Compact*. A mesure que l'effervescence gagnait dans le peuple, le nom du docteur Morrison était de plus en plus cité. Bientôt, le gouvernement le fit rechercher. Il devança les autorités et se présenta devant un comité d'enquête. C'est alors qu'il déclara formellement qu'il n'avait pas participé à la rébellion. Il ne faut pas lui tenir compte de cette attitude, affirme Canniff <sup>2</sup>, car il savait très bien que sa tête était en jeu.

On trouve dans l'histoire de la rébellion haut-canadienne de Dent un intéressant compte-rendu du procès subi par le docteur Morrison, procès qui se termina par un acquittement. Toutefois, ayant lieu de craindre de nouvelles poursuites, Morrison prit la route de l'exil et alla s'établir à Rochester, dans l'État de New-York, où il demeura jusqu'en 1843. Le docteur Morrison vécut ensuite quelques treize ans à Toronto où il exerça de nouveau la médecine. Il mourut âgé de soixante ans, le 19 mars 1856.

La fuite du docteur Morrison et surtout son procès firent réfléchir le docteur Rolph qui décida de prendre la fuite à son tour et de mettre la frontière entre les adversaires de Mackenzie et lui-même. Un élève du

---

1. *The Christian Guardian*, 2 février 1830.

2. William CANNIFF, *The Medical Profession in Upper Canada*, p. 523.

docteur Rolph, le futur docteur Henry Hover Wright, avait eu connaissance des démêlés de Morrison avec le gouvernement et s'empessa de lui rapporter l'aventure de son confrère. Wright était un Canadien originaire de l'île du Prince-Édouard tandis que Morrison était né à Québec même. Wright resta en apprentissage chez le docteur Rolph de 1832 à 1837 et alla même à Rochester où Rolph se réfugia pendant le reste des troubles. A Rochester, Wright suivit également les leçons de médecine de Rolph. Il appert cependant que Wright n'avait rien à craindre de l'administration haut-canadienne puisque, dès le 28 janvier 1839, il était admis à l'exercice de la médecine par le collège des médecins et chirurgiens du Haut-Canada.

Quoiqu'il en soit, quand Rolph apprit les difficultés qu'avait rencontrées son ami Morrison et sa fuite, il ne perdit pas une minute et se prépara à son tour à traverser la frontière. Il devenait évident que les rebelles n'obtiendraient pas le succès escompté. Sachant que sa participation au soulèvement était déjà connue, il ne pouvait espérer aucune clémence de la part du gouvernement. En quelques instants, Rolph sella un cheval et Wright y monta. Dent à qui nous empruntons ces détails affirme que le jeune élève remonta lentement la rue et que son professeur le suivit à pied à quelque distance. A quelques arpents de sa demeure, Rolph rencontra le juge en chef Robinson, l'un des chefs de la clique, et ses deux fils. Ce groupe se rendait probablement aux édifices du Parlement pour conférer avec Head. Rolph et Robinson se saluèrent gravement et continuèrent leur chemin, Rolph continuant jusqu'à l'endroit situé aujourd'hui à ce qui est maintenant l'intersection des rues Dundas et Queen, à Toronto. Wright l'attendait là, tenant le cheval gris par la bride. Rolph se mit en selle, fit adieu à Wright et commença de descendre la rue Dundas pendant que Wright retournait vers la ville.

Ce n'est qu'à une douzaine de milles de Toronto que Rolph rencontra quelqu'un qui décida de s'enquérir des motifs de son voyage. A cette question, Rolph répondit en exhibant une lettre de son beau-frère Salmon de Norfolk lui annonçant que sa sœur, madame Salmon, était gravement malade. Le groupe que Rolph venait de rencontrer se composait de volontaires loyalistes et leur commandant connaissait, écrit Dent, les activités révolutionnaires de Rolph, c'est pourquoi il eut des doutes à son

égard en l'apercevant si loin de Toronto. Douze milles étaient alors une distance considérable.

Le commandant des volontaires se mit sans doute à réfléchir et les circonstances de cette rencontre lui parurent sans doute suspectes, car bientôt après il envoya deux volontaires à la poursuite du fugitif et Rolph, ainsi escorté, dut revenir à l'endroit qui se nomme *Port Credit*. Dent affirme que celui dont il tient ces renseignements ajouta que Rolph, une fois en état d'arrestation, se montra fort agité et inquiet. Heureusement pour lui, l'un de ses anciens élèves, le docteur James Mitchell, de Dundas, arriva sur les entrefaites et, sincèrement sans doute, déclare Dent, fit observer aux volontaires qu'il était impossible qu'un homme du calibre de Rolph fût acoquiné avec le rebelle Mackenzie.

Non seulement James Mitchell parvint à convaincre le chef des volontaires, mais il poussa l'amitié jusqu'à offrir son propre cheval à Rolph, la monture de celui-ci étant déjà fourbue. « Votre monture, lui aurait-il dit, ne sera pas capable de faire un si long trajet. Prenez la mienne », dit James Mitchell. Rolph accepta et reprit sa route, mais l'aventure avait éveillé ses inquiétudes. En conséquence, il se rendit chez un certain Asa Davis qui habitait dans la banlieue du village de Wellington Square, village qu'il connaissait bien puisqu'il est proche de Dundas où Rolph avait déjà exercé la médecine. Davis, un partisan de Mackenzie, le reçut aussitôt et lui conseilla de poursuivre sa fuite le plus rapidement possible. Rolph prit une heure de repos, changea une seconde fois de cheval et repartit à destination de Niagara où il arriva le lendemain matin. Il ne s'arrêta que lorsqu'il eut traversé la rivière. Alors, il était aux États-Unis et n'avait plus rien à craindre des officiers du gouvernement haut-canadien.

Canniff affirme que la fameuse lettre annonçant à Rolph la maladie de sa propre sœur avait été écrite par le docteur C. W. Covernton, le propre médecin de madame Salmon. Charles William Covernton était un Anglais d'Angleterre qui avait fait ses études à Boulogne-sur-Mer, en France, et à l'Académie Duhamel, dans le Kent. Venu au Canada parce qu'une maladie l'obligeait à entreprendre un long voyage sur mer, il y demeura parce que les neufs semaines passées en mer l'avaient complètement dégoûté de tout voyage sur l'océan. A Québec, il fut reçu

chez Henry Atkinson, alors propriétaire de *Spencer Wood*, et trouva la vie canadienne si agréable qu'il résolut de s'établir en ce pays. C'est ainsi qu'il s'était trouvé en mesure de fournir un document de première importance au fugitif qui était l'un de ses amis.

A peine Rolph avait-il quitté le pays que le gouverneur sir Francis Bond Head mettait sa tête à prix, offrant une récompense de cinq cents livres à quiconque le capturerait et le livrerait à la justice<sup>3</sup>. Heureusement, Rolph était déjà loin et Sir Francis Bond Head en fut pour ses frais.

Comme on l'a vu plus haut, Rolph demeura aux États-Unis jusqu'en 1843 alors qu'une loi permit à tous les exilés de revenir dans le Haut-Canada. Pendant cette période, il exerça la médecine à Rochester et eut même des élèves tant sa science médicale était réputée et son enseignement renommé. Wright alla terminer ses études chez Rolph pendant qu'il était à Rochester. Un autre médecin haut-canadien, devenu célèbre depuis, y alla aussi. Ce fut le docteur James-Henry Richardson, le fils d'un évêque méthodiste. C'est en 1841 que ce dernier commença ses études sous Rolph. Il fallait que la réputation de ce médecin soit grande pour que des jeunes gens quittassent Toronto et allassent à Rochester étudier. Richardson étudia pendant deux ans à Rochester. Il devait devenir l'un des meilleurs professeurs d'anatomie du Haut-Canada.

On ne sera donc pas étonné que, si des hommes comme Wright et Richardson ont cru qu'ils devaient faire le voyage de Toronto à Rochester pour aller étudier la médecine sous Rolph, d'autres aient cru qu'il fallait collaborer avec ce même Rolph pour créer à Toronto même une bonne école de médecine. L'enseignement donné par Rolph, affirme Canniff, était si bon, si complet, que McGill acceptait ses élèves et tenait compte

3. Voici le texte de la proclamation de sir Francis Bond Head :

« Whereas, it appears that Doctor John Rolph, of Toronto, absconded hastily from his residence, on the breaking out of the insurrection.

« And whereas, from facts which have come to the knowledge of His Excellency the Lieutenant-Governor, it appears that he has been concerned in the traitorous attempt, which has happily been defeated, to subvert the Government of his Province, the above reward of Five Hundred Pounds is hereby offered to any one who will apprehend the said John Rolph, and deliver him up to justice, in the city of Toronto. »

« December 11, 1837. »

du temps passé chez lui par un étudiant comme s'il s'était agi d'une école régulière. D'ailleurs, Rolph, une fois revenu à Toronto, commença de donner des cours réguliers et les annonça officiellement, si bien qu'ils devinrent extrêmement fréquentés<sup>4</sup>. En conséquence, Rolph invita quelques-uns de ses collègues à donner eux-mêmes des cours chez lui. L'école de médecine de Rolph finit par rivaliser avantageusement avec celle du *King's College*. Toutefois, les professeurs de *King's* faisant partie du bureau médical, la rivalité des deux institutions finit par nuire aux élèves de Rolph, tant il est vrai que l'homme, même très instruit, ne recherche pas le bien général, mais son intérêt personnel et tout professionnels qu'ils étaient ces messieurs du bureau médical haut-canadien n'eurent pas l'âme assez haute pour juger à leurs mérites les élèves du docteur Rolph. Finalement, l'école de médecine du docteur Rolph qui s'était adjoint entre autres professeurs le célèbre docteur Joseph Workman, devint l'école de médecine de Toronto et fut incorporée comme telle. Le docteur Rolph mourut le 19 octobre 1870 chargé d'honneurs et respecté de tous. En 1851, il avait joué un rôle important dans la politique, sir Francis Hincks l'ayant appelé à faire partie du gouvernement des Deux Canadas ; il demeura ministre jusqu'en 1854.

## VI

## MÉDECINS PATRIOTES

Mil huit cent trente-sept marque une date importante dans l'histoire du Canada. Le duel des forces patriotes et des armées britanniques y

4. Voici le texte des annonces faites à cette époque par le docteur Rolph :

« Medical students, who do not intend to enter the university, will be, as heretofore, received by the subscriber, conducted through the usual course of medical studies, with such additional assistance as may be most desirable, and prepared for their diploma from the Medical Board. Lot Street, January 1, 1844.

John ROLPH. »

## TORONTO SCHOOL OF MEDICINE

« The session will commence on the last Monday in October, and end on the last Saturday in May, under Dr. Workman, Dr. Park and the subscriber. Toronto, September 25th, 1848.

John ROLPH. »

prend une ampleur dont les conséquences politiques et sociales auront une répercussion indéfinie sur toute l'histoire de la province de Québec. Vainqueurs à Saint-Denis, les Patriotes sont défaits à Saint-Charles et à Saint-Eustache. On sait que ce sont là les trois grandes batailles de la révolution de 1837. Il y en eut d'autres cependant, mais de moindre importance, et le soulèvement ne s'apaisa que vers 1840.

Si l'on relève les noms de ceux qui y ont pris part, si l'on étudie les différents documents de l'époque, si l'on examine à quelles conditions sociales appartenaient les rebelles dont les archives nous ont conservé les noms, on constate que vingt-huit médecins au moins ont joué un rôle important dans la préparation et l'organisation de la rébellion comme dans les événements qui accompagnèrent le soulèvement et dans la vallée du Richelieu et dans la région du lac des Deux-Montagnes<sup>1</sup>. Vous avez tous<sup>2</sup> à la mémoire les noms de Nelson, de Chénier et de Côté, les trois rebelles les plus en vue. C'est le docteur Wolfred Nelson qui a remporté la victoire de Saint-Denis ; le docteur Chénier commandait à Saint-Eustache ; le docteur Cyrille-Hector-Octave Côté fut l'un des plus violents agitateurs canadiens de la vallée du Richelieu durant toute la période qui précéda le soulèvement.

L'historien Lower note que si plusieurs noms de Patriotes surnagent dans la mémoire des gens, ceux qui ont dirigé la répression, sauf les gouverneurs, sont complètement oubliés.

Une auréole de gloire nimbe le souvenir de Jean-Olivier Chénier, le héros de Saint-Eustache. C'est probablement le médecin de ce temps lointain qui a commencé le plus jeune à étudier la médecine. En effet, dès l'âge de douze ans, il étudie chez le docteur Kimber qui dirige, à cette époque, les études de plusieurs jeunes apprentis praticiens. C'est le nom qu'on leur donne alors. A vingt-deux ans, Chénier est admis à l'exercice de la médecine et s'établit à Saint-Benoît. Le 26 septembre 1831, il se marie avec la fille du docteur Jacques Labrie, Marie-Zéphy-

1. *Archives canadiennes*, série Q. 239-1, p. 86 ; série G, pp. 27, 37, 87. Documents de 1837 dans le *Rapport de l'Archiviste de la province (1937-38)* ; consulter les journaux de l'époque, surtout l'*Avenir*, la *Minerve*, le *Canadien*, la *Gazette de Québec*, le *Fantasque*, les *Papiers d'État du Bas-Canada*. Les principales études sont celles de FAUTEUX, Egidius, de CARON, Ivanhoe, de FILTEAU, Gérard, de DAVID, Laurent-Olivier, etc.

2. Ce texte a été lu par l'auteur devant les membres de la Société canadienne de l'histoire de la médecine.



Le docteur JEAN-OLIVIER CHÉNIER,  
mort en 1837.

*(Archives publiques du Canada.)*

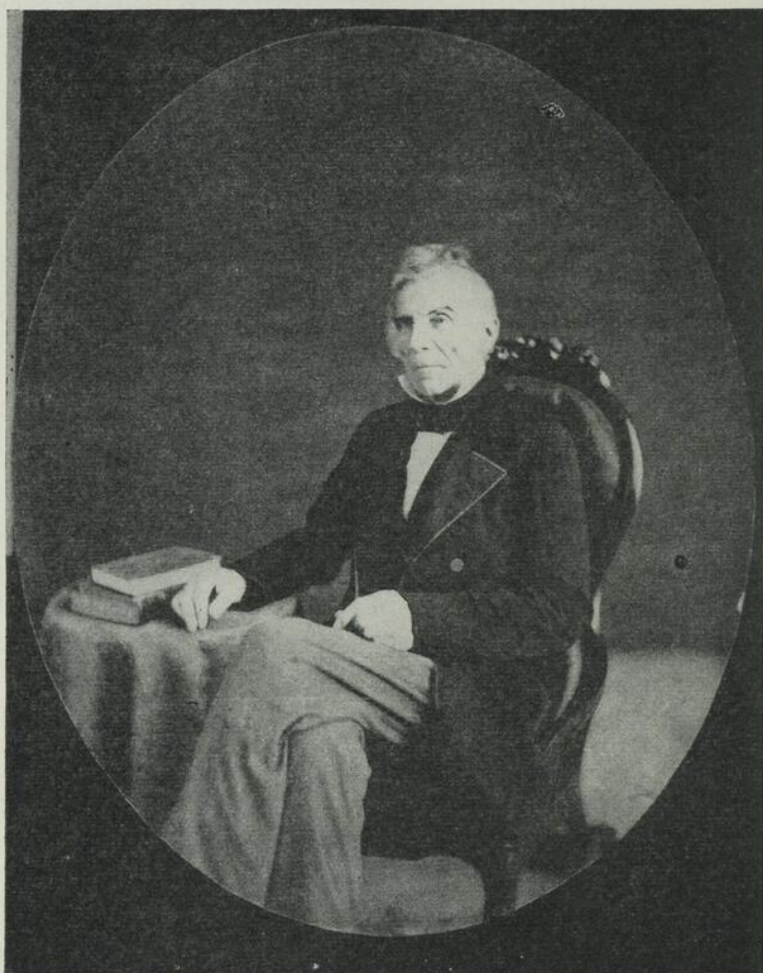
rine, et succède au docteur Labrie à Saint-Eustache à la mort de celui-ci, mort survenue en 1834.

Chénier prit part à toutes les assemblées qui précédèrent le soulèvement et adressa la parole. Orateur éloquent, disert, il était très écouté. Quand l'heure de prendre les armes fut venue, il assumait le commandement des troupes de la rive nord du Saint-Laurent et s'enferma dans l'église de Saint-Eustache lorsque les troupes gouvernementales vinrent pour l'arrêter lui et ses compagnons. C'est lui qui répondit aux Patriotes se plaignant du manque de fusils : *Soyez tranquilles ! Il y en aura de tués, et vous prendrez leurs armes !* Paroles dignes des plus grands capitaines et que, dans une histoire de France ou d'Angleterre, on ne se laisserait point de les citer.

Le docteur Cyrille-Hector Côté n'a pas laissé un souvenir aussi pur, ni aussi héroïque. On se souvient plutôt de son évolution religieuse. Baptisé à Notre-Dame de Québec le premier septembre 1809, il a fini ministre baptiste après avoir publiquement apostasié. Fils de Charles-Claude Côté, navigateur, et de Rose Duhamel, c'est un ancien élève du collège de Montréal. Il fit sa médecine au Vermont, dans les États-Unis, et devint médecin en 1831. Encore étudiant, il avait fait de la politique. Son éloquence enflammée lui permettait de faire une critique cruelle des administrateurs politiques de son temps.

Député du comté de l'Acadie, de 1834 à 1837, Côté contribua plus que beaucoup d'autres à soulever la population de Napierville et des villages voisins. Il était réputé pour la violence de ses discours et la virulence de ses attaques. Aussi s'empressa-t-il de mettre la frontière entre lui et les forces gouvernementales sitôt que les troupes marchèrent contre les Patriotes de la vallée du Richelieu.

Avec Robert Nelson, le frère de Wolfred, il proclama en 1838 la République canadienne. Filteau, dans le tome trois de son *Histoire des Patriotes*, rapporte ainsi une assemblée tenue alors à Napierville et cite les discours de Côté et de Nelson. Voici comment Côté présenta Robert Nelson aux Patriotes réunis à Napierville : « Je vous présente l'homme que nous attendions avec tant d'impatience et de confiance, Robert Nelson, le chef des Patriotes et le président de la future république canadienne. Voilà notre chef, Messieurs ; il est venu au milieu de vous



Le docteur WOLFRED NELSON

*(Archives publiques du Canada.)*

comme il l'avait promis ; il vient se mettre à notre tête pour arracher le pays à la tyrannie et conquérir l'indépendance du Canada. Je vous présente aussi ses deux compagnons, deux nobles et vaillants officiers français qui seront vos généraux et vous conduiront à la victoire<sup>3</sup>. »

A ces paroles de Côté, Robert Nelson aurait répondu dans les termes suivants : « Mes amis, je n'ai qu'un mot à vous dire : merci pour votre accueil. J'espère que je saurai mériter votre confiance ; la tâche que nous entreprenons est difficile, mais elle n'en sera que plus glorieuse. L'année dernière, vous avez été écrasés parce que vous n'aviez pas d'armes, mais cette année, nous triompherons parce que nous aurons ce qu'il nous faut, de l'argent et des fusils. Courage, mes amis, et soyez convaincus qu'avant longtemps, nous aurons libéré notre pays de la tyrannie et conquis sa liberté. »

C'est à l'issue de ce rassemblement que le choix de Robert Nelson comme président de la République canadienne fut ratifié par le peuple. Côté, à son tour, fut nommé général en chef. On était alors au trois novembre 1838 et les forces de la République étaient maîtresses de Napierville, le docteur Côté dirigeant les opérations. On sait que la défaite ne se fit pas attendre et que les Patriotes qui ne furent pas capturés durent s'enfuir aux États-Unis pour échapper à la corde. Cyrille-Hector-Octave Côté fut de ceux-là. Il se réfugia à Swanton où il exerça la médecine. En même temps, il s'occupait de rédiger un journal patriote, le *North American*. Un autre apostat, N. Cyr, a écrit la biographie de Côté. Voici comment Ægidius Fauteux raconte l'évolution religieuse du docteur Côté : « C'est de 1841 que date son apostasie formelle, écrit-il, apostasie préparée depuis longtemps par de fréquentes disputes avec le clergé catholique de sa région. Il se fit prédicant baptiste et, revenu au pays en 1844, il alla s'établir comme tel à Saint-Pie-de-Bagot. Malgré les charivaris répétés de la population catholique, il tint bon pendant plusieurs mois et réussit même à faire quelques prosélytes. Ordonné ministre baptiste, il fut peu après transféré à la Grande-Ligne, près de l'Acadie. Il mourut le 4 octobre 1850 à Hinesburg, dans le Vermont, où il était allé assister à une convention baptiste, mais son corps fut ramené pour sépulture à la Grande-Ligne. »

3. DAVID, L.-O., *Les Patriotes*, cité par FILTEAU, *Histoire des Patriotes*, pp. 166-167.

« Je n'ai jamais eu tant de plaisir dans ma vie », s'exclamait un médecin, le docteur Joseph Allaire, au cours de la bataille de Saint-Denis, le 23 novembre 1837, alors qu'il faisait le coup de feu contre les troupes que Gore venait de lancer à l'attaque de la fameuse maison des Saint-Germain. Le premier coup de feu contre les troupes gouvernementales, affirme-t-on, aurait été tiré par le docteur Allaire alors qu'il se trouvait en embuscade dans la maison des Pagé.

La victoire de Saint-Denis fut de courte durée et le docteur Allaire dut s'enfuir à travers les bois jusqu'à Saint-Michel de Bellechasse. Le docteur Allaire mourut le six juillet 1839. Si le docteur Allaire a eu beaucoup de plaisir pendant le soulèvement, le docteur Jean-Baptiste Allard n'aurait pas pu en dire autant, car il passe un certain temps à entrer en prison, à en être libéré et à y retourner.

Très populaire dans tous les milieux, Allard avait également beaucoup d'ennemis. Quand, en 1838, il fut arrêté pour trahison, un magistrat anglais du nom de Pyke le libéra aussitôt, mais un Canadien qui avait alors la manie des dénonciations le dénonça immédiatement à lord Cathcart qui l'envoya chercher : La veille de Noël, « le 24 décembre, écrit Fauteux, ce dernier (Allard) est de nouveau ramené en prison. Le 7 février 1839, les commissaires militaires écrivent au procureur-général que le docteur Allard est coupable et doit subir son procès. » On se demande bien pourquoi un procès après un tel jugement. Toutefois, l'instruction n'eut pas lieu et Cathcart libéra le docteur Allard moyennant un fort cautionnement. Jean-Baptiste Allard fut le père de Jean-Frederick-Émery Allard, « médecin qui épousa Henriette-Catherine, fille du juge Maguire, et nièce de M<sup>gr</sup> Horan, de Kingston ».

Ceux qui connaissent l'histoire de l'université Laval savent que l'ancien évêque de Kingston, M<sup>gr</sup> Horan, fut secrétaire de l'université Laval et s'en montra l'un des plus actifs et des plus efficaces. C'était un ami des Canadiens. Parlant le français aussi parfaitement que l'anglais, il écrivait également dans les deux langues et son épiscopat, assombri par certaines querelles, a été l'un des plus fructueux de la province d'Ontario. Aussi pieux que généreux, M<sup>gr</sup> Horan est mort après une vie exemplaire.

En ce temps là, les prisons de Montréal regorgeaient de médecins. Voici, par exemple, Gabriel Aymong dont Fauteux ne nous donne pas les origines. Il ne passa qu'une nuit, il est vrai, au fond de la geôle, celle du 14 novembre 1838. Le docteur Aymong avait fait son apprentissage médical chez le docteur Barnabé Gosselin, à Montréal.

Aymong fut admis à la pratique de la médecine le 6 août 1828. Un autre médecin, Guillaume Beaudriau, lui, n'avait pas encore été admis à l'exercice de cette profession lorsqu'il se mêla au mouvement révolutionnaire. Il est vrai qu'il avait sous les yeux un exemple vraiment attirant puisque le médecin chez lequel il faisait son apprentissage était le fameux docteur Wolfred Nelson. Avant les troubles, le jeune Beaudriau traversa la frontière et alla chercher ses titres de médecin à Pittsfield, dans le Massachusetts. Une fois pourvu des documents nécessaires, le docteur Beaudriau revint à Montréal, fit un bref séjour à Québec et alla se fixer ensuite à Chambly où il pratiqua son art en attendant l'heure de la révolte. Voici comment il s'exprime à cet égard dans une lettre que cite Ægidius Fauteux : « Enfin, ce jour arriva ; c'était la nuit du 3 au 4 novembre. Nous nous rassemblâmes plus de 800 à Chambly . . . J'étais chirurgien dans notre régiment. Nous attendions des signaux, n'avions que 75 fusils, mais beaucoup d'ammunition (*sic*). Le matin arriva, point de signaux ! Nous nous débandâmes et gagnâmes chacun chez soi . . . Il faut remarquer qu'à deux milles étaient postés 1,000 hommes de troupes ennemies, un régiment complet, et 250 dragons . . . Je me cachai pendant trois semaines. Enfin, par des chemins détournés, je me rendis à Saint-Jean. Le pyroscaphe allait partir pour les États, j'éludai la vigilance des gardes, qui examinaient les passeports, montai sur le vaisseau et arrivai pour la seconde fois sur la terre de la liberté . . . »<sup>4</sup>

De là, Beaudriau se rendit à la Nouvelle-Orléans en compagnie d'un autre médecin en fuite, lui aussi, le docteur Pierre Damour, de Montréal. Damour qui mourut à la Nouvelle-Orléans, était né à Montréal le 14 octobre 1811 et y exerçait la médecine quand la province devint en effervescence. Selon le *Populaire*, c'était « l'un des agitateurs les plus effrénés

---

4. Ægidius FAUTEUX, *Patriotes de 1837-1838*, p. 100. BERTHELOT, *Le bon vieux temps*, volume II, p. 76.

du faubourg Québec ». D'après Ægidius Fauteux, Damour méritait cette qualification : Damour, écrit Fauteux, est « celui qui provoqué toutes les réunions, préside tous les conciliabules, fait les discours les plus excitants, s'intitule capitaine de quartiers et emploie tous ses efforts pour soulever les citoyens ».

S'il en est qui furent immédiatement arrêtés en 1837 ou en 1838, il en est d'autres qui surent s'en tirer. Ainsi, un médecin qui agissait comme chirurgien des rebelles que commandaient Nelson et Cyprien Côté avait su esquiver toutes représailles en 1838, en déclarant qu'il avait été fait prisonnier par les rebelles et gardé au secret. Mais son audace remplaça sa prudence en 1846 et il poussa la témérité jusqu'à réclamer une indemnité que les commissaires, mieux renseignés, lui refusèrent. On avait découvert, entre temps, qu'il avait rempli les fonctions de chirurgien des armées de la République canadienne et qu'il avait, à ce titre, reçu des honoraires. Un « bon, fait à son ordre par le notaire Huot, quartier-maître des Patriotes », lui avait permis d'obtenir des marchandises d'un nommé Wilson, épicier de son état. Il s'agit, en l'occurrence, du docteur Louis-Albert Bender, le mari de Thérèse Perrault, fille de François-Xavier Perrault, et d'Ursule McCarthy, et le père d'Albert Bender, protonotaire de Montmagny, et de Louis-Prosper Bender, médecin, ainsi que d'Olympe-Éléonore Bender, femme d'Eugène Taché.

Et puisqu'il s'agit de parentés, notons immédiatement qu'il n'était pas bon, à cette époque, d'avoir des parents ou même des alliés qui jouaient à la révolution. Le docteur Amable Berthelot d'Artigny, tour à tour député des Trois-Rivières, de Québec et de Kamouraska, fut arrêté le 30 novembre 1838 pour la seule raison, écrit Louis Hippolyte LaFontaine, qu'il était le beau-frère du futur premier-ministre des Canadas-unis. LaFontaine ajoute que la qualité de médecin dont se prévalait Amable Berthelot d'Artigny ne lui servit point de recommandation. Vraiment, il y avait trop de disciples d'Esculape en cette affaire.

Si la qualité de médecin n'était pas incompatible avec celle de Patriotes, elle ne l'était pas non plus avec celle de banquier et le docteur Pierre-Claude Boucher de la Bruère, médecin de Saint-Hyacinthe en ce temps-là, en sut quelque chose puisqu'il fut soupçonné d'avoir fondé une banque dans l'intention de financer les Patriotes. Par suite de cette

accusation, Pierre-Claude Boucher de la Bruère fut incarcéré le 4 décembre 1838. « Le mandat d'arrestation, écrit Fauteux, fut signé par le magistrat P.-E. Leclère qui, quelques années plus tard, devait marier sa fille au fils de son prisonnier. »

Libéré sans avoir subi son procès, le 29 décembre 1838, Pierre-Claude Boucher de la Bruère, quelques années plus tard, devenait directeur de la colonisation dans le Bas-Canada. En 1870, lors des feux de forêts qui ravagèrent la région de Chicoutimi, le gouvernement lui confia la mission de porter secours aux sinistrés. Un an plus tard, soit le 19 mai 1871, il décédait, laissant un fils unique, que lui avait donné sa femme, née Marie-Hippolyte Boucher de la Brosquerie et dont la mère se nommait Sophie Boucher de Montizambert-Niverville. Ce fils unique fut médecin et plus tard surintendant de l'Instruction publique ; il se nommait Pierre-René-Joseph-Hippolyte Boucher de la Bruère. Son fils, Montarville Boucher de la Bruère, fut longtemps trésorier de la *Société historique* de Montréal.

Les Patriotes étaient de diverses origines et accédèrent, avant comme après la Rébellion, à de hautes fonctions gouvernementales. L'un des médecins les plus en vedette à la bataille de Saint-Charles fut le docteur Thomas Bouthillier dont le frère, Flavien Bouthillier, marchand de Saint-Hyacinthe, est précisément celui qui sortit de « l'église pendant la grand-messe lorsque le curé annonça qu'un *Te Deum* serait chanté en l'honneur de la Reine ».

Tous deux étaient les fils de Guillaume Bouthillier, huissier à la verge noire. « Au combat de Saint-Charles, écrit Fauteux, le docteur Thomas Bouthillier avait le commandement d'un piquet composé d'une centaine d'hommes. La défaite qui le força de fuir aux États-Unis, ne modifia point ses sentiments. » C'est pourquoi le colonel Marryatt qui faisait enquête outre quarante-cinquième sur l'état d'âme des Patriotes lui déclara : « Monsieur, avec vos dispositions, vous faites mieux de ne pas retourner au Canada. » La plupart de ces braves étaient de tout jeunes gens qui, souvent, venaient à peine d'être admis à l'exercice de leur profession.

Le docteur Jean-Baptiste Brien était de ceux-là. Il n'avait que 22 ans et avait poursuivi son apprentissage pendant cinq ans sous la direc-

tion du docteur Smallwood, de Saint-Martin. Smallwood fut plus tard, croit-on, l'un des fondateurs du *Bishop's College Medical School*. Quand survint la Révolution, Brien abandonna le scalpel pour les balles et se mit à en fabriquer pour les Patriotes. Ce fut l'un des héros de la bataille de Beauharnois lorsque les rebelles s'emparèrent de la maison Ellice, mais quelques mois plus tard l'héroïsme l'abandonnait. C'était à l'heure où il franchissait le seuil de la prison de Montréal. Tout en avouant carrément avoir participé au soulèvement, il dénonçait, fort inutilement d'ailleurs, un certain nombre de ses compagnons d'armes. Le tribunal le condamna à mort, mais il fut gracié et libéré à condition de s'éloigner de la province. On lui fixait même la distance : il devait s'installer à plus de six cents milles du territoire de la province. Il avait le choix entre les régions septentrionales et les États-Unis. Il se dirigea vers le sud. Un document émanant du conseil exécutif spécifie que « en conséquence des renseignements qu'il a fournis, Jean-Baptiste-Henri Brien ne sera pas exécuté ».

Comme tant d'autres, il avait cherché refuge aux États-Unis. Il s'était d'abord établi à New-York, croit-on. On perd ensuite sa trace.

Un autre frais émoulu d'un cabinet médical, le docteur Henry Cartier, membre de l'Académie de médecine de Castleton, dans le Vermont, prit, lui aussi, une part active à la bataille de Saint-Denis. On le retrouve avec Georges-Étienne Cartier quand celui-ci, craignant d'être mis sous verrous, prend la fuite et passe l'hiver chez un autre Patriote qui les cache, tous deux, jusqu'au printemps. Revenu au Canada après l'amnistie, il « se fit admettre à la pratique de la médecine, grâce au diplôme du collège d'Albany et s'établit à Vaudreuil ». Sans insister sur les aventures du docteur Pierre-Antoine-Louis Consigny qui fit surtout du recrutement à Saint-Damase et alla mourir inspecteur d'écoles à Saint-Hyacinthe, passons au docteur Joseph-François Davignon. C'est en effet en l'honneur de ce médecin que furent tirés les premiers coups de feu de la Rébellion. Médecin depuis le dix juillet 1833, Davignon partageait ses activités entre son art et le recrutement des Patriotes. Les membres du Conseil exécutif furent informés de ses activités révolutionnaires et ordonnèrent son arrestation, mais les Patriotes veillaient. Davignon fut capturé pendant la nuit alors qu'il dormait paisiblement

chez lui. Aussitôt, un détachement de Patriotes, commandé par Bonaventure Viger, attaqua l'escorte policière et délivra Davignon et son compagnon, Demaray. Il abandonna alors la pratique de la médecine et s'employa plus efficacement que jamais à soulever ses compatriotes jusqu'en 1839. A compter de cette époque, il exerce la médecine à Sable-Forks, dans l'état de New-York. Pendant la *Guerre de sécession*, il servit comme chirurgien dans le 97<sup>e</sup> régiment de New-York. Deux fois, il tomba aux mains des sudistes qui, la seconde fois, le gardèrent prisonnier pendant quatre mois environ.

Les Patriotes ne sont pas tous morts jeunes, sur l'échafaud ou en exil. Voici par exemple le docteur Adélarde-Isidore Desrivières, décédé dans son lit à l'âge respectable de quatre-vingt-quatre ans, après une vie agréable. Il avait étudié la médecine sous le docteur Wolfred Nelson, à Saint-Denis. Il avait été compléter son apprentissage à Castleton, dans le Vermont, mais il revint assez tôt pour prendre part aux combats de Saint-Denis et de Saint-Charles.

A la suite de ces batailles, il voulut fuir aux États-Unis, mais ne put y parvenir et dut attendre paisiblement dans une chambre bien gardée de l'Hôtel Châtelain, à la Pointe-aux-Trembles, près de Montréal. Desrivières avait suivi un certain Gauvin, Henri-Alphonse, de son prénom, médecin de son état. C'est ce Gauvin qui avait organisé la défense de la maison Debartzch, à Saint-Denis. Desrivières et Gauvin, ainsi que le docteur Eugène-Napoléon Duchesnois, étaient les principaux conseillers de Thomas Storrow Brown, le commandant en chef des troupes patriotes à Saint-Charles, commandant en chef qui, d'ailleurs, prit la fuite sitôt que l'ennemi se trouva en vue. Le docteur Duchesnois, lui, ne craignait pas de s'exposer. A la porte de l'église de Varennes, comme en plusieurs autres endroits de la région de Montréal et de celle de Saint-Hyacinthe, Gosford avait fait afficher des proclamations antipatriotes. Duchesnois, en présence de la majeure partie de la population de Varennes, arracha la proclamation de Gosford et la détruisit.

Le docteur Duchesnois, allié aux Massue de Varenne par sa mère, avait fait trois ans d'apprentissage médical sous la direction du docteur Perkins Nichols, de Varenne, avant de s'inscrire à la *Montreal Medical Institution*. Admis à la pratique le deux décembre 1830, il fut le parrain

d'Amury Girod qui était son beau-frère. Duchesnois prit part au premier et au second soulèvement et s'en tira chaque fois indemne. Il chercha ensuite refuge à New-York où il fit connaissance du consul de France. Celui-ci lui obtint un poste de chirurgien à bord de la frégate, le *Météore*, qui faisait voile vers le Havre. Après avoir vécu quelque temps en Europe, il partit pour l'Amérique du sud, échoua en Argentine, à Buenos-Ayres, où il devint, dit-on, régent de la Banque du Brésil.

Voici maintenant le docteur Jacques Dorion qui avait trente-neuf ans lors du soulèvement de 1837. Il était député du comté de Richelieu depuis le 26 octobre 1830. L'un des signataires des quatre-vingt-douze Résolutions et l'un des principaux orateurs de l'assemblée des six comtés, Jacques Dorion avait ordonné le bombardement du vapeur Varennes, lors de la bataille de Saint-Denis. Grâce à l'influence de Debartzch et de Saint-Ours, shérif de Montréal, il s'en tira en versant un cautionnement de mille livres de même que le docteur Adolphe Dugas qui, étant encore étudiant en médecine, avait refusé de prêter le serment d'allégeance. Après le soulèvement, Dugas exerça la médecine pendant quelque temps ; plus tard, attiré par l'appât de l'or, il s'en alla en Californie et revint à Montréal où il décéda le 19 mars 1878. L'une de ses filles, Cordélie, convola en justes noces avec Georges Duhamel, avocat, plus tard membre du cabinet Mercier.

Parmi les médecins patriotes, on relève le nom du père de sir Lomer Gouin, le docteur Joseph-Nérée Gouin, praticien de Grondines. A son sujet, l'auteur des familles Richer-Lafèche et Hamelin, raconte que, traqué par les bureaucrates, le docteur Joseph-Nérée Gouin se réfugia à Sorel, chez sa mère, Marguerite Richer, et que « cette vaillante femme réussit à sauver son enfant par un ingénieux stratagème. Elle fit placer le docteur proscrit en arrière de la porte de son salon, puis allant ouvrir aux perquisiteurs, leur dit : Vous cherchez mon fils ? Visitez partout, à votre aise. Ils ne se doutaient pas que le docteur était derrière la porte sur laquelle madame Gouin était appuyée, et leurs recherches furent vaines ».

Au nombre des médecins qui ont pris part au soulèvement, il en est plusieurs qui avaient fait leurs études médicales aux États-Unis et quelques-uns à Paris, tel le docteur Timothée Kimber, originaire de Québec,

mais établi à Chambly en 1837. On est moins étonné d'apprendre que l'un des premiers Patriotes à arborer sur sa maison le drapeau tricolore fut ce médecin qui avait sans doute aimé son séjour à Paris. Ainsi Chambly vit flotter dans la brise d'automne les trois couleurs de la Révolution française, symbole vivant de ce que les Patriotes canadiens s'approprièrent à imiter.

Certains auteurs affirment que Kimber fut chargé par son confrère le docteur Wolfred Nelson, commandant des Patriotes à Saint-Denis, de surveiller le lieutenant Weir. On sait que le lieutenant Weir, prisonnier des Patriotes, chercha à s'enfuir et fut tué sur le champ, exécution que les hommes de Gore et Wetherall comme ceux de Colborne ne pardonnèrent point la qualifiant de meurtre.

Pendant la bataille de Saint-Denis, le docteur Timothée Kimber servit comme chirurgien auprès des Patriotes et des prisonniers blessés.

Un autre médecin qui avait fait des études médicales dans la capitale de la France, le docteur Jean-Baptiste Bossu, dit Lyonnais, est mort à l'Hôtel-Dieu de Montréal des suites d'une maladie qu'il avait contractée pendant un séjour en prison, séjour qu'il fit à la suite d'une accusation de révolte portée contre lui par le gouvernement du temps.

Né à Québec le 15 décembre 1794, « il fit des études privées sous le célèbre professeur Wilkie et, à 23 ans, en 1818, il était licencié en médecine. Après avoir pratiqué à Québec de 1818 à 1819, écrit son biographe, et ensuite à la campagne, il se rendit à Paris vers 1822 afin d'y compléter ses études médicales. Il s'y maria avec une française, Joséphine Perrin, et revint au pays deux ans plus tard, s'établissant d'abord à Saint-Nicolas, puis à Chambly ».

Si le docteur Jean-Baptiste Bossu, dit Lyonnais, ne semble pas avoir joué un grand rôle dans les batailles, le docteur Luc-Hyacinthe Masson, de Saint-Benoît, au contraire, prit une part très active au glorieux combat de Saint-Eustache et tenta même d'y ramener Amury Girod qui avait pris la fuite. Dans ses notes manuscrites, le notaire Girouard raconte ce qui suit au sujet du docteur Luc-Hyacinthe Masson : « Les 13 et 21 avril 1838, le docteur Masson écrivait au secrétaire civil deux lettres des plus pressantes pour obtenir de Son Excellence la permission d'aller donner des soins, comme parent et médecin, à une de ses sœurs aux portes

de la mort, offrant de fournir des cautions et même de payer les dépenses d'une garde qu'on lui donnerait. Sa mère, seul support de cette demoiselle, avait été entièrement ruinée par les troupes et les Volontaires qui avaient pillé et incendié ses propriétés dans l'affreuse dévastation de Saint-Benoît. Cette jeune personne, dépouillée par les pillards d'une partie de ses vêtements, avait été chassée de chez elle dans cet état, ainsi que plusieurs autres dames de Saint-Benoît. Le froid qu'elle endura dans sa fuite était la cause de sa maladie, car ces infortunées dames furent obligées de marcher de nuit pour trouver un gîte, les Volontaires ayant menacé de brûler les propriétés de ceux qui leur donneraient asile. Les lettres du docteur Masson sont restées sans réponses. »

Exilé aux Bermudes, il y contracta le goût du commerce et troqua la médecine pour le négoce. Il devint député et finit registrateur du comté de Soulanges et greffier de la cour de circuit.

Le docteur Amable Simard, né à Montréal, le 21 septembre 1804, est aussi un autre médecin qui a complété ses études en France avant de participer à la rébellion de 1837. Simard était le chef de la première section des *Fils de la Liberté*. Il fut libéré moyennant un cautionnement de mille livres. Il n'en coûta pas aussi cher au docteur Joseph-Adolphe Perrault pour recouvrer la liberté qu'on lui avait enlevé tout simplement parce qu'il était le frère du héros Charles-Ovide Perrault, blessé mortellement au cours d'une mission périlleuse que lui avait confiée le docteur Wolfred Nelson pendant la bataille de Saint-Denis.

Dans son *Journal*, L.-J.-A. Papineau mentionne aussi un autre jeune homme, le docteur Magloire Turcot, qui s'est tout particulièrement distingué par sa bravoure. Le docteur Turcot n'était alors qu'étudiant en médecine chez le docteur Bouthillier, de Saint-Hyacinthe, où il faisait son apprentissage, selon la coutume du temps. Plus tard, il fut maire de Saint-Hyacinthe et donna deux fils à l'art d'Esculape. Est-ce à son expérience militaire de 37, qu'il dut en 1847, d'être nommé chirurgien du 6<sup>e</sup> bataillon ?

Il n'était pas nécessaire de participer activement au soulèvement pour subir les avanies du régime. Parce qu'il avait cautionné pour un trop grand nombre de Patriotes, parce qu'il était notable, parce qu'il était Canadien, le docteur Guillaume-Jacques-Léon Vallée fut incarcéré

en 1838 et contracta une paralysie dont il ne se remit jamais. Il mourut un an plus tard des suites de cette maladie. Ce fut une perte considérable pour la médecine de son temps et pour la science médicale de notre groupe ethnique. Avant de se voir incarcérer, le docteur Vallée avait fait de brillantes études au Collège de Montréal. Reçu médecin, il était allé compléter ses études à Edimbourg et à Paris. « On peut encore trouver, rappelle l'un de ses biographes, dans quelques bibliothèques, les rares exemplaires de sa thèse de doctorat présentée à la Faculté de Paris. En voici le titre complet, il est long comme c'était l'usage au début du XIX<sup>e</sup> siècle : *Dissertation sur le cancer de l'utérus présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1826, par Guillaume-J.-L. Vallée, de Montréal, Bas-Canada, Docteur en médecine, Bachelier ès Lettres, chirurgien et médecin du Canada, accoucheur chirurgien du Collège royal d'Edimbourg. Paris, de l'Imprimerie de Didot le Jeune, 1826, 32 pp., in 4to.* » C'est dire que de bonne heure les Canadiens ont étudié en France et y ont recueilli des titres qui équivalaient à ceux que l'on discernait alors dans les grandes universités européennes. Il est probable que tous ces médecins qui ont étudié là-bas ne se sont pas bornés à faire le tour de la science médicale de leur temps. Ils ont aussi absorbé les idées de l'époque fertile en controverses, en discussions politiques, époque caractérisée par de fréquents changements de régime dans les pays européens. Une étude de l'influence des idées européennes de 1800 à 1830 sur les Canadiens nous révélerait sans doute une infinité de choses.

Vraiment, les médecins de ce temps avaient l'esprit révolutionnaire et beaucoup avaient assez d'énergie et de volonté pour mettre en pratique ce qu'ils ressentaient. Joseph-Émery Coderre en est une preuve irréfutable. D'abord commis, négociant, il ne prit jamais les armes, mais tout le monde savait qu'il partageait les sentiments des Patriotes. C'est pourquoi sans doute, le six novembre 1838, Coderre fut incarcéré à la prison de Montréal. Il en sortit deux jours plus tard et profita de sa liberté pour assurer la fuite de son ancien associé en négoce, Benjamin Ouimet, frère du président des *Fils de la Liberté*.

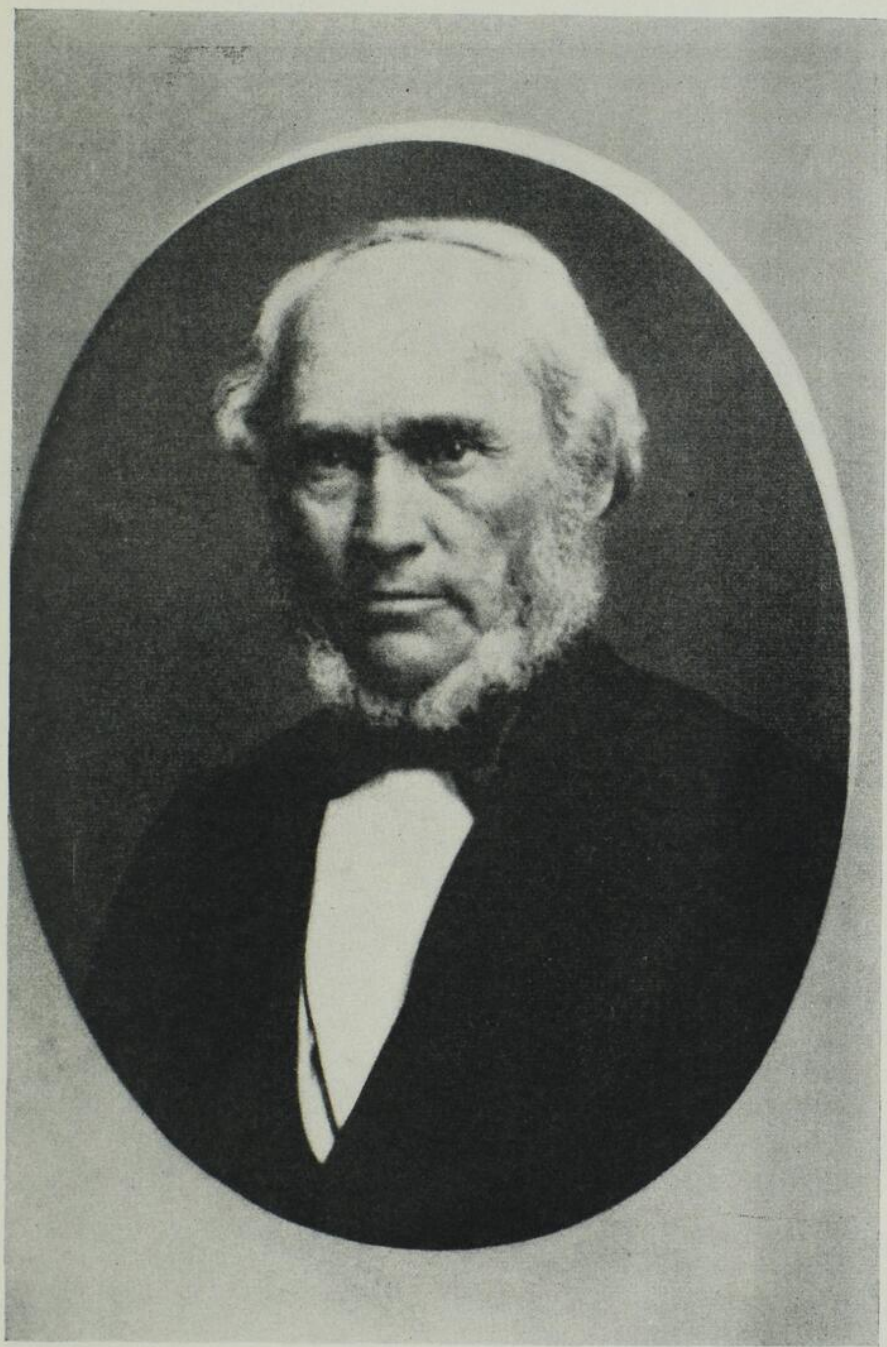
« Joseph-Émery Coderre, écrit Ægidius Fauteux, devait devenir l'une des sommités de la profession médicale dans la métropole canadienne. Pendant plusieurs années, après ses journées passées au comp-

toir, il occupa une partie de ses nuits à étudier la médecine et, en 1844, il était admis à la pratique. En 1857, il était nommé médecin à l'Hôtel-Dieu. Après avoir été professeur agrégé de matière médicale et de thérapeutique à l'École Victoria. Il se distingua surtout lors de la grande épidémie de variole, en 1885, par son irréductible opposition à la vaccination. Il publia même à cette occasion un petit journal intitulé, *l'Anti-vaccinateur*. »

Et cependant, la variole a causé de grands ennuis dans la province. On nous permettra de rapporter à cet égard le récit d'une contagion qui a fait du bruit à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, alors qu'une seule malade contamina plus de cent personnes. Le 8 septembre 1891, une servante du nom de Bujold, employée dans une famille de Québec, se présentait à la consultation de l'hôpital. Elle souffrait de la fièvre et avait le visage couvert d'une éruption encore peu accentuée, disent les rapports officiels de cet incident. Le médecin ne pouvant encore donner d'opinion sur le cas, remit son diagnostic au lendemain et, par prudence, la fit placer seule dans une chambre pour l'isoler des autres malades. Cette servante, goûtant peu la perspective d'avoir à demeurer à l'hôpital, trouva moyen d'en sortir. Une fois libre, elle traversa à Lévis, prit le convoi de l'Intercolonial à bord duquel elle se rendit jusqu'à Dalhousie, N.-B., et de là, par le vapeur, *Admiral*, elle atteignit Carleton, dans le comté de Bonaventure, où résidait sa famille.

En route, comme elle se sentait très indisposée, elle reçut les soins attentifs de plusieurs personnes qui voyageaient en même temps qu'elle et dans le même wagon. De ce nombre, il y avait une famille de Saint-Paul-de-la-Croix, un certain Thibault, accompagné de sa femme, de sa fille et de son gendre. Ils étaient de retour des États-Unis et se rendaient dans leur village situé dans le comté de Témiscouata. Il y avait également une femme de Saint-Damase, comté de Rimouski. Elle retournait chez elle en compagnie de ses deux enfants. Tous trois revenaient de Montréal.

Rendue à Carleton, la fille Bujold résolut de se rendre seule chez elle. La maison de ses parents se trouvait située à quelques milles à peine du débarcadère. Une faiblesse extrême l'empêcha de continuer sa route et de parcourir ce court chemin. Alors, comme elle connaissait les gens



JOSEPH-ÉMERY CODERRE, M.D.  
de *History of Montreal*, par Borthwich, 1875.

## JOSEPH EMERY CODERRE, M.D.

Was born at St. Denis, River Richelieu, 23rd November, 1813. His father was a farmer of that place; at the age of fourteen he was sent to an advocate and then some years after to a merchant, whence he returned home and afterwards continued in mercantile pursuits till 1843. In 1837, during the troubles, he was made prisoner and passed 38 days in prison. He contributed to the establishment of the *L'Aurore des Canada*, a journal devoted to the Liberal party of the country. In 1840, he studied medicine with Dr. O. Bureau; in 1844, he was admitted to the practice of medicine; in 1847, he was named an Associate Professor of Materia Medica and Therapeutics in the school of Medicine and Surgery of Montreal, and, in 1857, Doctor to the Hotel Dieu. The same year he received from the University of Castleton an honorary diploma of Doctor of Medicine. In 1853-4, he was elected President of the

"Institut Canadien." It was during his presidency that the Society became proprietors of that beautiful block now belonging to them in Notre Dame street. He was greatly instrumental in raising the memorial monument in the cemetery to the unfortunate victims of 1837-38.

He has published several Medico-Legal works which are important, and render the course of justice in imprisonment for certain crimes more regular. He has also written several pamphlets. He is chiefly known, however, by his determined stand against vaccination, and has imbued a large number of medical men with his opinions, and adopted his practice, chief among whom is one of the most celebrated physicians of Europe, Dr. Herman, of Vienna. The latest pamphlet which the Doctor has written is worthy of perusal. He is Professor of Medicine and of Surgery in the Montreal Faculty of Victoria College.

habitant les demeures devant lesquelles passait la route qu'elle suivait, elle s'arrêta dans diverses maisons. De peines et de misères, elle parvint chez elle. Mandé, le médecin diagnostiqua aussitôt la variole. C'est dire qu'elle avait semé le long de sa route les germes qu'elle portait. Peu à peu, des cas de variole éclatèrent dans les maisons où elle s'était arrêtée et à leur tour les gens qui avaient fréquenté les nouveaux malades contractèrent la maladie.

Presque toutes les personnes qui vinrent en contact avec la fille Bujold, dans son voyage de Québec à Carleton, prirent la contagion variolique ou la transportèrent dans les diverses localités où elles se rendirent. A Carleton, la variole se déclara dans chacune des familles chez lesquelles la fille Bujold s'était arrêtée avant d'arriver chez elle. Un matelot du vapeur *Admiral* qui lui aida à descendre du quai, à Carleton, tomba malade de la variole à Dalhousie, N.-B., et une femme qui lui avait donné des soins à bord du même vapeur prit la contagion et la transporta à Pabos, dans le comté de Gaspé, où elle demeurait. De Carleton, la variole s'étendit à Newport localité située à quelques milles de là.

A son arrivée à Saint-Paul-de-la-Croix, monsieur Thibault se rendit avec sa famille chez le maître de poste de l'endroit, son gendre, où le soir, il y eut grande réunion de parents et d'amis. Quelques jours après, la variole se déclarait dans presque toutes les familles représentées par quelqu'un de ses membres à cette réunion. C'est ce qui explique la grande propagation de la contagion dans cette localité où il y eut 61 cas de variole répartis dans treize maisons dont la plupart ont été infectées par communication directe avec la famille Thibault. De Saint-Paul-de-la-Croix, la contagion se communiqua à l'Île-Verte et à Saint-Clément municipalités voisines où il s'en déclara quelques cas.

Madame Trépanier et ses deux enfants se rendirent à Saint-Damase où tous trois tombèrent malades et moururent de la variole après l'avoir communiquée à d'autres personnes de la famille venues en contact avec elle. De Saint-Damase, la variole s'étendit à Macnider ou Sandy-Bay, paroisse voisine.

Un monsieur Cyr, résidant à Ascot dans le comté de Sherbrooke, qui était allé à Saint-Damase pour assister aux funérailles de madame

Trépanier, sa belle-sœur, rapporta la variole dans sa famille et la communiqua à des parents domiciliés dans la ville de Sherbrooke et, de Sherbrooke, la contagion fut transportée à Brompton-Falls localité située à peu de distance.

A Québec, la variole se déclara dans la famille même où la fille Bujold était employée et, de là, elle fut transportée à la Jeune-Lorette par une blanchisseuse de l'endroit qui y avait apporté du linge de cette famille.

En faisant des recherches pour trouver l'origine de cette épidémie variolique, l'inspecteur du conseil découvrit que la fille Bujold avait pris la contagion d'une personne atteinte de la variole qui demeurait dans la maison voisine de celle où elle avait été employée et avec laquelle elle avait eu de fréquentes communications.

Cette personne, du nom de Gale, était une des gardes-malades de l'hôpital Jeffery Hale de Québec et avait été renvoyée dans sa famille aussitôt qu'elle était tombée malade dans le mois d'août précédent. Une autre garde-malade du même hôpital du nom de Macpherson, également atteinte de variole, avait laissé l'hôpital dans le mois d'août, mais avant M<sup>lle</sup> Gale, pour aller à la campagne dans un village de Québec.

Antérieurement à ces deux cas, dans le cours du mois de juillet, il y eut dans le même hôpital, un employé qui y est mort d'une maladie éruptive que l'on a toutes les raisons de croire de la variole. Cet employé, paraît-il, aurait pris la contagion d'un matelot ou journalier de bord qui serait venu à l'hôpital au commencement du mois de juillet.

Il paraît probable que ce matelot ou journalier aurait été en communication avec le *SS. Brazillian* à bord duquel un cas de variole s'était déclaré dans le cours de juin précédent après avoir laissé ses malades et avoir été désinfecté à la quarantaine de la Grosse-Ile. En descendant de Montréal à Grosse-Ile, ce vaisseau s'est arrêté à Québec où l'on rapporte que des matelots descendus à terre ont vendu de leurs vêtements dans un magasin de seconde main de la ville.

Tels sont les faits que l'on peut recueillir dans le rapport d'une enquête épidémiologique effectuée quelques années après la lutte conduite par l'*Anti-Vaccinateur* d'Émery Coderre. A cette époque, la province de Québec subissait de lourdes pertes démographiques du fait de la variole

et il fallut une lutte longue et ardue de la part des autorités sanitaires pour obtenir l'établissement de la vaccination. Le docteur Adélar Groulx, surintendant des Services de santé de la ville de Montréal, a raconté les différents épisodes de cette lutte dans plusieurs conférences ainsi instructives qu'intéressantes.

Mais il faut terminer cette série d'études sur les médecins qui ont participé à la Rébellion de 1837. Il ne nous reste plus qu'à retracer la biographie du docteur Wolfred Nelson, le commandant des troupes à Saint-Denis, un médecin réputé en son temps puisqu'il avait presque toujours chez lui quatre ou cinq étudiants en médecine qui faisaient leur apprentissage sous sa direction.

Wolfred Nelson était né à Montréal le 10 juillet 1792 et avait étudié la médecine sous divers médecins de cette époque. Durant la guerre de 1812, il servit comme chirurgien dans un régiment et y acquit sans doute l'expérience qu'il manifesta plus tard sur le champ de bataille.

Dès 1827, il représentait Sorel à l'Assemblée législative du Bas-Canada et agissait comme l'un des premiers lieutenants de Papineau. Pendant dix ans, il suivit ce chef et figura dans les principales assemblées qui contribuèrent à soulever les Patriotes. Wolfred Nelson exerça la médecine durant tout ce temps. Il jouissait d'une nombreuse clientèle répandue dans toute la vallée du Richelieu. C'est probablement pour cette raison que tant de jeunes médecins firent leur apprentissage sous sa direction.

Après avoir pris part aux batailles de Saint-Denis et de Saint-Charles, il tomba aux mains des policiers de Gosford et fut jeté dans les prisons de Montréal. Heureusement pour lui, lord Durham vint en Canada et soucieux d'épargner la vie des révoltés, il décréta que huit inculpés seraient exilés aux Bermudes. Le docteur Wolfred Nelson était de ce nombre. Libéré en 1838, il s'en alla aux États-Unis et ne revint en Canada qu'après l'amistie de 1843. Il reprit alors l'exercice de sa profession non pas à Saint-Denis qui était un village en ruines, mais à Montréal. On sait en effet que Saint-Denis était, avant la rébellion, un village prospère, un centre industriel et commercial appelé à de hautes destinées économiques, mais, déclarait à l'auteur de ces lignes le vénérable docteur Richard, l'historien de la bataille de Saint-Denis, quand la rébellion se fut apaisée,

le commerce s'enfuit vers Saint-Hyacinthe et Saint-Denis resta un petit village, prospère encore, mais paisible et calme.

Toutefois, le docteur Wolfred Nelson possédait encore de nombreux amis dans la vallée du Richelieu. C'est pourquoi il y brigua les suffrages et fut élu par le comté de Richelieu à l'Assemblée du Bas-Canada. De 1844 à 1851, il représenta la circonscription de Richelieu. Pour lui comme pour Papineau dans le Bas-Canada, comme pour William Lyon Mackenzie dans le Haut-Canada, les temps étaient changés, de nouvelles générations avaient pris les leviers de commande, des idées différentes inspiraient les hommes politiques, une nouvelle conception de la défense des droits du peuple s'était fait jour et les hommes de 1838 n'avaient plus leur place dans ce parlement. Wolfred Nelson se retira bientôt de la vie publique. En 1851, ironie du sort ou de ceux qui le nommèrent, il devint inspecteur des prisons canadiennes. En 1859, il devint président du bureau des inspecteurs de prison et mourut à ce poste à Montréal, le 17 juin 1863, au moment où un nouveau régime allait remplacer la constitution que 1837 avait imposé au pays.

Un fils de cultivateur de Saint-Denis, le docteur Émery Coderre, dont nous avons parlé plus haut fut l'un des premiers à obtenir que l'on rende aux Patriotes de 1837 les honneurs dus à leur sacrifice. C'est en partie grâce à lui, écrit Borthwick, dans son *History of Montreal*, si on leur a élevé un monument dans le cimetière où reposent les restes de ces infortunés. Coderre avait passé 38 jours en prison avec les Patriotes. Il fut l'un des fondateurs de l'*Aurore des Canadas*. Ce n'est qu'en 1840 qu'il étudia la médecine sous la direction du docteur O. Bureau. En 1853, il devint président de l'Institut canadien.

## VI

### LE DOCTEUR JEAN-BAPTISTE MEILLEUR

Quand on examine la structure de la société canadienne au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, on s'aperçoit que l'une des professions qui compte le plus d'hommes instruits a été la médecine. Adam Mabane, les trois Laterrière, John Rolph, les nombreux médecins qui ont participé à la rébellion de



QUÉBEC, Archives — Québec vu de la Pointe-Lévy vers 1838 ; le château Saint-Louis est rasé.

H. 1' 2 ½'' L. 1' 8¼'' Lith. en couleur. Dessin du capitaine BEAUFOY.

Exposition du centenaire de l'Institut canadien de Québec, septembre - octobre 1948.

(Dessin fourni par le directeur de l'inventaire des œuvres d'art.) A-12

1837 en sont le témoignage évident. Ces hommes avaient fait de fortes études et leurs connaissances s'étendaient bien au delà de la science médicale. D'autres dont le nom n'apparaît pas dans la nomenclature ci-contre ont également manifesté, au cours de leur carrière, une science sûre de la médecine, une connaissance élaborée de la politique, une érudition remarquable. Il suffit de nommer le docteur François Blanchet, le docteur Joseph Blanchet, le docteur Jacques Labrie pour s'en rendre compte. Il en est un autre qui a laissé dans l'histoire de la province de Québec une trace ineffaçable. C'est le docteur Jean-Baptiste Meilleur, le premier surintendant de l'Instruction publique du Bas-Canada.

Le docteur Jean-Baptiste Meilleur naquit à Saint-Laurent, île de Montréal, le 8 mai 1796. Il fit ses études au collège de Montréal, au *Middlebury College* dans le New-Hampshire et au *Castleton College*, dans le Vermont (M.D. 1825). Pendant plusieurs années, il fut professeur de français au *Dartmouth College*, dans le New-Hampshire. En 1834, il fonda le collège de l'Assomption. En 1842, il fut nommé surintendant de l'Instruction publique du Bas-Canada et devint ainsi notre premier surintendant. Le système d'enseignement de la province de Québec, nous le devons au docteur Jean-Baptiste Meilleur qui améliorait et transformait tout ce à quoi il touchait.<sup>1</sup>

Le premier Parlement des Canadas-unis créa le poste de Surintendant de l'Instruction publique. Deux hommes bien connus posèrent aussitôt leur candidature. Tous deux parfaitement qualifiés pour ce poste, ils avaient apparemment autant d'influences l'un que l'autre. C'étaient Jacques Viger et le docteur Jean-Baptiste Meilleur. Le médecin l'emporta. D'ailleurs, ce médecin avait commencé par étudier le droit. Pour des raisons que ses biographes ne nous ont pas encore dites, Meilleur renonça brusquement au droit et s'en alla aux États-Unis, au collège de Castleton, dans le Vermont, Castleton était fréquenté par une foule d'étudiants canadiens. Meilleur ne se contenta pas d'étudier la médecine. Il fit sa philosophie en même temps au collège de Middlebury sous un professeur célèbre, un certain Hall, élève de l'abbé Hawy, qui lui

1. W. Stewart WALLACE, *the Dictionary of Canadian Biographies*, Toronto, 1945, 2 vols. *Bulletin des Recherches historiques*, 1937. *Revue trimestrielle canadienne*, 1938, Voir aussi LAREAU.

enseigna, nous apprend Damase Potvin, entre autres sciences, la géologie et la minéralogie.

Le 14 décembre 1825, Jean-Baptiste Meilleur devenait docteur en médecine. Non content d'être médecin, il alla recueillir d'autres diplômes à Middlebury et à l'université de Dartmouth, fondé par le comte de ce nom. Il enseigna pendant un certain temps la langue française à Hannorre dans le New-Hampshire. C'est pendant son séjour à Hannorre que le docteur Meilleur publia le premier d'une série d'opuscules aussi intéressants qu'instructifs et fort bien faits si l'on tient compte de l'époque et des moyens que l'on avait alors de se renseigner. Cette étude portait sur l'alphabet français dont Meilleur faisait une analyse destinée à ses amis d'outre quarante-cinquième. Mêlant la philosophie à la lexicographie et à la médecine, il attira sur lui l'attention des intellectuels du Vermont si bien que la *Société médicale et philosophique* de cet état l'invita à entrer dans ses rangs. Vers le même temps, il publiait un traité sur le charbon. On voit que ses préoccupations scientifiques l'entraînaient dans tous les domaines. Quelques années plus tard, il écrivit un premier traité de géologie, traité qui eut l'honneur d'être traduit aux États-Unis.

De retour au Canada, le docteur Jean-Baptiste Meilleur exerça la médecine, mais n'abandonna pas pour cela ses spéculations intellectuelles. Il collabora à divers périodiques et en particulier à *L'Écho du Pays* et à la *Bibliothèque canadienne*, de Michel Bibaud. C'est d'ailleurs dans ce dernier périodique que Meilleur publia le traité de géologie traduit par le savant professeur étatsunien Frederick Hall. Hall avait écrit une préface très élogieuse à l'égard de Meilleur. Toujours intéressé aux sciences pures, le docteur Meilleur publia en 1833 notre premier traité de chimie, affirme M. Potvin. Ce traité portait le titre suivant : *Cours abrégé de leçons de chimie, contenant une exposition précise et méthodique des principes de cette science*. En somme, Jean-Baptiste Meilleur n'avait guère le temps d'exercer la médecine, ses multiples recherches scientifiques l'occupant presque entièrement. Dans les milieux cultivés, il occupait une place de premier plan. Les sociétés scientifiques le réclamaient un peu partout. C'est ainsi que la Société d'histoire naturelle de Montréal le nomma membre correspondant. Vers ce temps, il assumait la direction

et la rédaction d'un journal fondé par P. D. Debartzch et publia une première édition de sa *Nouvelle grammaire anglaise*, rédigée, annonçait-il, d'après les meilleurs auteurs. La démographie l'intéressait également et il fit une étude des conditions sociales du comté de l'Assomption qui est un véritable essai de géographie humaine. La topographie, la géographie, les statistiques avaient été utilisées pour assurer à cet essai, intitulé *Extrait du recensement du comté de l'Assomption*, une valeur de document scientifique. Je ne sais si c'est pour le récompenser de ses recherches, mais il arriva que la circonscription électorale de l'Assomption lui confia en 1834 le soin de la représenter à l'Assemblée du Bas-Canada.<sup>2</sup>

Après avoir jeté un coup d'œil sur les travaux importants que constituent les recherches entreprises par le docteur Jean-Baptiste Meilleur, on ne sera pas étonné de le voir à l'Assemblée réclamer un meilleur système d'enseignement pour le Bas-Canada. Chaque fois que l'occasion s'en présente, il pose la question devant les représentants du peuple et y revient aussi fréquemment que le vieux Caton réclamant la destruction de Carthage. C'est vers la fin de ce régime détruit par la révolution de 37 qu'il publia ses *Lettres sur l'Éducation considérée sous ses divisions et dans son application générale et particulière, et sur les principaux moyens propres à la répandre d'une manière pratique et profitable à l'individu et à la société*. On l'a vu plus haut le premier parlement qui se réunit après la mise en vigueur de l'Acte d'union adopta une loi créant le poste de surintendant de l'Instruction publique et sir Charles Bagot, alors gouverneur du Canada, confia ce poste à Jean-Baptiste Meilleur de préférence à Jacques Viger qui avait cependant l'appui des évêques de Québec et de Montréal.

On prétend que quand la nouvelle de sa nomination fut lancée dans le public, le docteur Meilleur était à soutenir une polémique touchant l'électricité, contre un abbé Desaulniers et à préparer différentes conférences sur des sujets scientifiques, conférences qui devaient être prononcées devant la *Société d'histoire naturelle* de Montréal. Avant d'accepter le poste de surintendant de l'Instruction publique, le docteur

2. L'édition de décembre 1842 de *L'Encyclopédie canadienne* contient un éloge de l'*Extrait du recensement du comté de l'Assomption*. Encore une fois, rappelons que tous les détails contenus ici ont été communiqués à l'auteur par notre grand journaliste, M. Damase Potvin, qui garde dans ses dossiers une ample gerbe de renseignements touchant le docteur Jean-Baptiste Meilleur.

Meilleur exigea carte blanche et Bagot lui promit qu'il aurait les coudées franches.

Telles sont, paraît-il, les circonstances qui entourèrent sa nomination au poste de surintendant de l'Instruction publique. « En cette qualité, nous dit M. Potvin, il fit deux fois le tour du Bas-Canada pour étudier la situation scolaire, réformer ce qui existait et ce dont on se plaignait, créer ce qui manquait. Il occupa ce poste pendant treize ans et présida à la fondation de quarante-cinq établissements d'éducation supérieure. » C'est l'année suivante, 1843, que le docteur Jean-Baptiste Meilleur publia son premier rapport. Le dernier qu'il ait signé parut en 1854. Cette année-là, l'université du Vermont lui décernait le titre honoraire de docteur ès arts et l'université de Saint-Jean, de New-York, d'autres titres

Dans Morgan, *Bibliotheca canadensis*, publié en 1867, l'auteur note que le docteur Meilleur, à peine sorti de l'université du Vermont, publia plusieurs articles touchant divers sujets médicaux dans *Le Journal de médecine*, de Québec. Membre de l'Association américaine pour l'avancement des sciences, il faisait partie de la société médico-philosophique du Vermont et était membre correspondant de la Société historique du Michigan.

A propos de son *Treatise on the Pronunciation of the French Language, with Practical Irregularities Exemplified*, paru aux États-Unis en 1823 et à Montréal (seconde édition) en 1841, Garland a écrit l'appréciation suivante : « The author has taken the question at its root, and followed it through with a skill and industry which is as honorable to himself as it must be useful to those who will avail themselves of the result of his labors. »

On s'accorde aujourd'hui, ce semble, à reconnaître que son *Mémorial sur l'Éducation* est sa meilleure œuvre, probablement parce que les études historiques ne vieillissent guère. Il contient un résumé des transformations subies par l'enseignement au cours de la période qui va de 1615 à 1765.

Le docteur Jean-Baptiste Meilleur est mort à Montréal le six décembre 1878 à l'âge de 83 ans, ce qui indique que le travail ne tue point. Sa femme, née Joséphine Éno Deschamps l'avait précédé dans la tombe le

9 mai 1873, à l'âge de 67 ans. Il avait été président de la société Saint-Jean-Baptiste et directeur des postes à Montréal.

En 1885, le docteur Meilleur fit des instances auprès des autorités gouvernementales et obtint le poste moins important de directeur des postes à Montréal. Sir Edmund Walker Head, à l'occasion du départ du surintendant, le félicita de son œuvre et « le remercia officiellement de ses longs et fructueux services ». C'est un ancien premier ministre de la province de Québec, Pierre-Joseph-Olivier Chauveau, qui lui succéda. L'œuvre de Meilleur a valu à la province de Québec un développement considérable. On a remarqué qu'elle s'étend sur une très longue période : 1842 à 1885. Peu de grands fonctionnaires ont tenu si longtemps la tête d'un département comme celui-ci. L'œuvre de Meilleur devrait être étudiée en détail. Elle constitue non pas un chapitre, mais plusieurs chapitres de toute l'histoire du Canada. Médecine, sciences générales, enseignement, vie intellectuelle y tiendraient une place de choix.

---

PROPOS  
SUR LE TRAITEMENT DE L'INSANITÉ  
IL Y A CENT ANS \*

par

C.-A. GAUTHIER

*Professeur de déontologie et d'économie médicales*

---

Alors que ceux que la spécialité intéresse sont encore à étudier les rapports du congrès international de psychiatrie, tenu à Paris en 1950 ; au moment où l'on parle surtout de traitements par le choc et de convulsivothérapie biologiques, chimiques et électriques ; en ce temps où l'expression de « l'intégration de la psychiatrie dans la médecine » est devenue une phrase à la mode, et que, à tort et à raison, le mot *psychosomatique* est sur toutes les lèvres, il nous a semblé intéressant, du moins pour quelques-uns, de jeter un regard en arrière et d'essayer d'entrevoir en quoi consistait le traitement de *l'insanité*, il y a cent ans.

Non pas qu'il soit ici question d'en faire une revue générale, ce qui vraiment serait aussi inutile que fastidieux, mais, nous nous proposons bien plutôt, de relater brièvement ce que quelques lectures récentes dans de vieux bouquins nous ont révélé d'aussi étonnant que de contradictoire.

---

\* Présenté en partie à la Société canadienne d'histoire de la médecine, à Québec, mai 1951.

Aussi, en parcourant la septième livraison du deuxième volume du *British American Journal of Medical and Physical Sciences* (volume 1846-1847), nous y trouvons deux résumés, l'un d'article, l'autre d'une leçon, et tous deux sont signés du nom de Williams. Le premier, par J. Williams, Esq., porte sur « Un traitement de l'insanité et de l'excitation nerveuse » ; le second, extrait d'une leçon, a pour titre « Sur l'épilepsie » et fut écrit par C. J. B. Williams, F. R. S., etc. Il n'en fallait pas moins pour retenir l'attention, tout autant par les sujets traités que par la coïncidence de ces deux noms semblables dans un même numéro de cette publication médicale.

Mais, tout d'abord, qui sont ces Williams, ou avons-nous affaire au même homme signant de façon différente, (ce que nous nous sommes demandé pendant un moment, nous l'avouons)? Mais non, ici, deux individus bien distincts et nettement différents sont en cause : le premier, « l'écuyer » J. Williams, qui nous donne le « traitement de l'insanité », n'est « probablement qu'un autre Williams » et paraît être peu ou pas connu. Son article avait été extrait du *Monthly Journal of Medical Science*. Quant au second, C. J. B. Williams, c'est là une toute autre affaire. Son titre même de *fellow of the Royal Society* est un de ceux que l'on gagne, on le sait, et qui classe immédiatement le récipiendaire. Sa leçon sur l'épilepsie avait été reproduite du *Medical Gazette* parmi tant d'autres qu'il avait faites et publiées. Car il écrivait beaucoup, nous dit H. E. Macdermott, « et plusieurs de ses volumes sont encore à la bibliothèque de l'université McGill » ; il y en a un qui ne fut publié qu'en 1884 sous le titre de *Memories of the Lifework* et qui, paraît-il, est particulièrement intéressant. Il fut, en son temps, une personnalité marquante, *an outstanding figure* et, détail qui témoigne de son envergure, il fut un des pionniers qui se sont attachés à promouvoir l'emploi du stéthoscope de Laënnec en Angleterre.

Nous essaierons donc d'extraire de ces deux intéressants travaux les principales données, tant physiopathologiques que thérapeutiques, en commençant, d'abord, par l'article de « l'autre Williams ».

Ce monsieur donc, se déclare, avec un bel aplomb, dès le début de son article sur le traitement de *l'insanité*, très fortement en faveur de l'emploi des narcotiques et des autres remèdes procurant le sommeil,

non seulement dans le but de calmer, mais même de guérir une attaque de *manie*.

Voilà une attitude optimiste et assez tranchée et j'espère que les événements et les expériences ultérieures ont pu lui en démontrer jusqu'à certain point le bien-fondé. De nos jours, on en rencontre aussi de non moins catégoriques, tant dans le même penser que dans une manière de voir tout à fait opposée. Et, à y bien songer, qui pourrait dire que, *en théorie*, l'idée de freiner, d'inhiber les mécanismes cérébraux en hyperactivité par un état de sommeil provoqué, prolongé doit être automatiquement rejetée. En principe, personne, je crois bien, ne l'oserait. Mais, *en pratique*, même en concédant certains points aux tenants de la narcose subcontinue et de la narco-analyse, c'est là une autre question. Les effets immédiats et les conséquences tardives possibles, sinon probables, se chargent de ramener les plus convaincus du début face à des réalités qui tendent plutôt à corriger la belle assurance théorique.

Quoi qu'il en soit, avant d'aborder le sujet de cette présentation, nous avons lu dans ces leçons une phrase qui nous a longtemps retenu et que nous ne pouvons pas ne pas rapporter ici : « Parmi les cas bénins que l'on rencontre, accompagnés d'excitation (*præter-naturelle*) et d'insomnie (*vigilantia*) il faut noter ceux chez qui une application continuelle et soutenue, surtout confinée à un sujet unique de travail, est devenue la cause d'un surmenage des *pouvoirs* mentaux ; et il semble que ces conséquences se rencontrent plus fréquemment alors que craintes et espoirs se surajoutent à l'état de tension, comme on le constate si souvent chez les jeunes avocats et chez les étudiants de nos universités. »

Ici, il y a donc lieu de s'apitoyer un peu sur ce que nos confrères de langue anglaise appellent les *one-track minds*, en se demandant avec inquiétude quel serait leur sort. Heureusement que l'auteur ajoute que l'incertitude et la non-satisfaction constituent les facteurs les plus fréquemment nocifs du surmenage, car, autrement, quelle glorification de la loi du moindre effort certains esprits n'en pourraient-ils pas déduire ! Étonnant aussi, et sûrement du nouveau pour nous, l'état d'esprit et l'intensité des activités, *mono-rail* de ces « jeunes avocats » que M. Williams a pu étudier. Sans doute, je l'imagine, les vicissitudes réservées

au jeune barreau, il y a cent ans, devaient-elles être bien différentes et ne laissaient-elles aux membres de cette confrérie à peu près aucune alternative de soupape de sûreté. Autre temps, autres mœurs, je suppose. Mais, ô surprise extrême ! suspicions-nous que, en certaines universités, en certains pays, il y a quelque cent ans, certains étudiants « avec craintes et espoirs » confinaient leur application continuelle et soutenue à un sujet unique de travail ? Commissions athlétiques, fraternités et loges, *pubs*, et que d'autres choses ou sujets, mon Dieu ! sur lesquels je n'insisterais pas, tout cela nous serait arrivé avec les temps modernes ; de même, peut-être aussi, qu'une vague tendance à l'effort sporadique alternant avec un *dolce farniente* ou un intérêt extracurriculaire ; toutes choses que ces pauvres étudiants, « dans le temps », ne pouvaient ou n'osaient se permettre ! Et l'on dira que « ça ne change pas » !

Pas surprenant, alors, ce que nous pouvons maintenant peut-être comprendre, qu'il ne pouvait en résulter autre chose qu'une agitation *præter-naturelle* !

Avant de donner les indications et les modes d'administration des hypnotiques, le docteur Williams, cependant, se dit opposé à la saignée, sauf dans les cas très graves d'excitation avec pouls très rapide et bondissant. (Ici, suit une longue dissertation sur les qualités du pouls accompagné ou non de « sudation froide »). Mais, en signalant que la saignée est, d'après les données acceptées alors, supposée procurer le sommeil, le conférencier s'insurge et contre l'idée et contre la pratique, parce que, dit-il, « dans la majorité des cas, l'organisme est impuissant à se remettre de cet assaut ». Aussi, constatant que l'insanité survient très souvent alors que les *pouvoirs* s'abaissent, l'irritabilité « s'élève », il suggère plutôt les deux moyens suivants : d'abord, durant le jour, brandy à hautes doses, et, la nuit, morphine à hautes doses aussi ; histoire de soutenir ce qui s'abaissait et d'abaisser ce qui se soulevait. Mais, un bien bon moyen « de soulager les symptômes mentaux », sans avoir recours à cette exécrable saignée et si l'on croit qu'une légère soustraction sanguine est indiquée, consiste dans l'action à distance et la dérivation ; observe-t-on une congestion des organes (l'auteur ne mentionne pas lesquels, mais insiste tout de même sur le foie) on n'a

qu'à appliquer des sangsues (eh oui ! *leeches*) . . . à l'anus et le patient s'en trouve bien. Et, « si c'est nécessaire », on « peut » après cela, le mettre dans un bain chaud ! . . . Tableau ! . . .

La grande erreur, donc, en thérapeutique était « de permettre aux *pouvoirs* de sombrer » ; ce pouvoir doit être soutenu, mais l'excitation vaincue (pas une seule fois ne rencontrons-nous le mot *exhaustion*, bien qu'il soit évident que c'est là ce que l'auteur veut faire entendre). Le but du traitement sera donc de « calmer l'action et non pas de diminuer les *pouvoirs* » ; si on saigne le malade, il en résultera, « soit la stupeur, soit le coma, ou encore une manie confirmée ». Pour ne pas tomber dans cette erreur fatale au malade, on administre les hypnotiques de la façon suivante : d'abord, et en premier lieu, l'omniprésent opium, mais à « pleine dose », c'est-à-dire un ou deux grains ; jusqu'à quel point peut-on augmenter la dose est chose difficile à établir, mais on peut considérer que de deux à cinq grains en une fois serait le maximum tolérable pour une forte constitution. Cependant, après cette mise au point, M. Williams avoue qu'il a eu un malade qui prenait trois grands verres à vin de laudanum par jour, « des mois durant », et il rapporte le cas de Pinel qui, en une seule dose, avait pris impunément 120 grains d'opium. En tout cas, l'important était de ne pas y aller de main morte. En effet Burrows administrait de trois à cinq grains répétés toutes les deux ou trois heures, ce que Williams croit moins osé que la dose dite régulière de quinze grains en deux prises. Il ajoute cependant « qu'il est sage » de donner la seconde dose moins forte que la première (ce qu'il fait en l'associant avec le calomel, le camphre, le tartre émétique, le laudanum ou la digitale). Et l'auteur répète : « Il est bon de se souvenir que lorsque l'opium est indiqué dans l'insanité, les doses doivent être fortes ». Mais c'est surtout dans les cas de folie avec ou par intoxication que l'on doit s'en souvenir (idée précurseur du traitement *similia similitus*, je suppose).

Oui, on peut voir survenir de la « sécheresse des glandes », de « l'hypo-sécrétion des organes » et des « vomissements continuels » ; dans ce dernier cas, on l'administre dans une potion effervescente. Mais on peut aussi le donner sous forme de lavement. Et M. Williams s'étonne de ce que l'école française, qui, dit-il, « emploie le lavement beaucoup

plus que nous », soit totalement opposée au lavement opiacé qui, dit-il, le rend « plus doux ».

Est-il impossible de l'administrer par la bouche ou de l'introduire par l'anus, vous n'avez qu'à faire des frictions sur l'abdomen avec quatre cuillers à thé de laudanum, selon les données de Chiarragi, de Florence, et de White et Hill, d'Angleterre. Et même, en certains cas, il sera nécessaire de frotter le cuir chevelu avec un liniment contenant de la morphine, de la belladone, du vératrx et ou de l'acotinine.

Mais, si le malade ne peut tolérer cette médication (ô surprise, peut-être !), on aborde alors la morphine. Après avoir établi que l'hydrochlorure était de beaucoup préférable à l'acétate « des temps anciens », l'auteur déclare : « un autre grand avantage de la morphine, c'est qu'on peut en continuer l'administration pendant des semaines et même des mois, sans en voir amoindrir les effets, sans avoir à augmenter les doses et sans produire de symptômes désagréables ou troublants, tandis qu'alors, si on avait donné l'opium, on aurait probablement vu survenir la démence ou « l'idiotie ». Ici, il nous faut encore dire « que les temps sont changés » !

Un mot seulement de la digitale : le docteur Cless, de Wurtemberg, l'administrait « à pleine dose » (?) à toutes les deux heures dans le *delirium tremens* ; l'auteur nous dit que lorsque les manifestations toxiques apparaissaient, peu après survenait... la guérison. Et nous qui croyions que seul le chirurgien avait le privilège de dire que, le malade étant mort, l'opération avait été réussie ! Mais, on disposait aussi de l'hyosciamine et on nous apprend qu'en association avec l'opium « son action est plus douce et plus uniforme ». Mais à quelles doses ! Opium, camphre et hyoscine se donnaient à cinq grains de chacun, toutes les quatre heures, M. Williams rapporte que Thompson « préférerait une grosse dose de dix grains de chacun, répétant avec des quantités inférieures » ; mais il ajoute prudemment qu'en cas de dose trop élevée « cela peut causer la stupeur, le vertige, les convulsions et même le coma ». Précaution importante : le mélange ici ne doit pas être donné en lavement, car « plusieurs cas fatals ont été le résultat de cette indiscretion ».

Et puis, la belladone. Mais, ici, plusieurs objections, car si la drogue peut procurer le sommeil, le réveil consécutif s'accompagne « de violence plus grande » que celle pour laquelle on l'avait administrée. La voie d'introduction, cette fois, est « endermique ».

On se demande avec perplexité comment se comportaient les malades soumis à ces assauts thérapeutiques. Une observation détaillée rapportée par M. Flood, de Leeds, l'illustre jusqu'à un certain point d'une façon apparemment heureuse et vaut la peine d'être résumée. Un *publican* (cette homonymie homographique nous surprend un peu), un tavernier donc, ivrogne avéré, fait une attaque typique, dit-on, et non la première, de *delirium tremens* d'une qualité superbe et d'une violence extrême. On rase les cheveux et on applique douze sangsues, lotions froides et « puissants purgatifs » . . . En huit heures, les intestins « sont vidés », mais l'agitation est croissante. Morphine, deux grains avec tartre émétique, un grain, que l'on augmente, à la deuxième dose, respectivement à dix grains et à huit grains et que l'on administre à toutes les *deux* heures avec une potion contenant du sesquicarbonate d'ammoniaque, de la teinture d'opium (dont on augmente aussi la proportion) et une mixture camphrée ! « Le lendemain, aucune amélioration », mais, au contraire, il devient (ô surprise !) de mal en pis jusqu'au septième jour (ô double surprise !), bien que « hyocine, opium et morphine *sous toutes leurs formes*, accompagnés de digitale, d'antimoine et de son *stimulant habituel*, » et aux doses plus haut cités, aient été régulièrement et avec grand zèle administrés ; il devint *ungovernable* !

Or, le huitième jour, on déclencha la *blitzkrieg*. Purgation drastique par huile de ricin et provocation d'une énorme phlyctène interscapulaire. On enlève la peau et on applique directement sur ce sous-derme dénudé « trois pouces par deux » un « extrait pur de belladone ». « La douleur fut intense » mais « l'agitation se calma ». En cinq minutes, apparurent des mouvements convulsifs de la face et des membres supérieurs, « une apparence d'intoxication », une mydriase consécutive à un myosis et, enfin, la somnolence. Au bout de neuf minutes (bien comptées), on enlève la belladone et le malade est dans « un profond sommeil » qui se prolonge sept heures durant. Le pouls, dit-on, tient le coup. Il s'éveille paisible, mais « devient bientôt très agité ». Au dixième jour

(encore de ce monde), on note qu'il demeure insomniaque et agité, que l'opium n'a plus d'effet, et que, de plus, il semble « sombrer à cause de cette hyperactivité prolongée ». Nouvelle phlyctène, plus haut située que la première, nouvelle application de belladone, sommeil au bout de vingt-six minutes, de quatre heures et demie de durée, éveil très calme, pouls à 70, nuit paisible, bien que sans sommeil, « et, après cela, il entra progressivement en convalescence ». Et voilà. N'aimerions-nous pas apprendre la taille et le poids de ce gaillard de trente-six ans qui en revint, tout de même, et de loin, pour préparer peut-être sa prochaine crise. Et c'est là comment un malade a réagi.

M. Williams ajoute que « l'insanité est quelque peu périodique » et que les malades bénéficient dans ces cas du sesquichlorure ferreux, du zinc, du cuivre, de l'arsenic (« qui altère la sensibilité du cerveau ») et, enfin, de la quinine, qu'il administre à la mode de Barbier, de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, soit en cinq grains et demi au coucher, « mais pour peu de temps ». Et pas de douches, déclare l'auteur, « à moins de nécessité impérieuse » ; le sac de glace sur la tête étant de beaucoup supérieur dans ses effets.

L'article se termine par ces mots : le but du traitement « is to keep the head cool, not to make it suddenly cold », et les doses de ces « précieux médicaments » doivent être « judicieusement » déterminées.

Ici, deux commentaires semblent s'imposer. A prime abord, on peut s'étonner de l'énormité et de la fréquence des doses médicamenteuses administrées. Mais, s'il est vrai que les chiffres soient élevés, il ne faut cependant pas perdre de vue la qualité thérapeutique des agents en cause. Les préparations pharmaceutiques de l'opium ou de ses dérivés étaient bien loin d'atteindre alors le degré de pureté que nous leur connaissons maintenant et une forte proportion de leurs composants ne consistait qu'en matières à peu près inactives. Et c'est par un quotient assez élevé que nous devons diviser la quantité globale du produit pour nous imaginer la dose réelle et active des alcaloïdes aussi emprisonnés dans la masse. Cependant, convenons-en, même en tenant compte de la qualité, la quantité ne manque pas d'impressionner et les malades devaient être de rudes et solides gaillards pour tolérer le tout.

Puis, il y a peut-être lieu de se demander si ces phlyctènes, enduites « d'extrait pur de belladone », n'équivalaient pas très rapidement, avec leur « pus louable » que nous avons peine à ne pas voir apparaître, à d'énormes abcès superficiels de « quasi-fixation ». Peut-être, en plus de l'effet hautement sédatif de la belladone, était-ce là partie de leur mode d'action. En tout cas, la technique ne manquait pas d'héroïcité, d'une part, et devait, d'autre part, être accompagnée, tout au moins dans les premiers moments, de réactions assez violentes.

Si la lecture de ce premier article nous réservait quelque étonnement, c'est avec une réelle surprise, mais d'un caractère tout à fait différent, que nous parcourerons maintenant une leçon clinique donnée par C. J. B. Williams, f. r. s. publiée, d'abord, dans le *Medical Gazette* et reproduite en très grande partie dans la même livraison que l'article précédemment étudié. Cette fois, il s'agit de l'épilepsie et le distingué professeur en attribue la cause à un trouble sanguin et circulatoire et, pour résumer, considère qu'un seul traitement est vraiment efficace — « il n'en existe pas de plus utile », dit-il — et c'est la teinture de muriate de fer. Ici, tout en se demandant jusqu'à quel point cessaient ou s'espaçaient les convulsions, on peut tout de même respirer un peu plus à l'aise.

L'auteur mérite certes notre respect quand il dit que la cause déclenchante des convulsions paraît, pour lui, résider surtout dans les variations brusques de la tension et du débit circulatoires.

Et, partant de la constatation que tout phénomène convulsif voit une hyperactivité motrice succéder une perte de conscience, il en conclut qu'à la faveur, soit d'une émotion forte ou d'un surmenage (gastrique ou physique) le sang se retire du cerveau (siège de la conscience) pour, au contraire, amener une congestion de la moelle épinière (qu'il dit siège de la motricité). Si la vision primitive est lumineuse, l'explication consécutive est plus sujette à sourire, en notre temps de « localisation ». Comme il y a loin du penser d'alors à l'*Homunculus* de 1949 !

Il n'est pas possible, dans le cadre de cette étude, d'analyser plus en détail tous les points très subtils que cet auteur avait observés au cours des crises convulsives, phénomène plutôt neurologique que mental ;

mais son interprétation hématologique et cardiaque du mécanisme physiopathologique n'est pas sans nous laisser songeur.

Quand à l'emploi de la teinture de muriate de fer sur lequel il insistait tant, c'est qu'il reconnaissait à l'état d'anémie coexistant une importance primordiale dans la genèse de l'irrégularité du débit circulatoire. Et il concluait que ce médicament surtout et quelques autres « améliorent le tonus de l'organisme, la condition de la circulation générale et rendent plus effective l'action cardiaque ».

(A peine vingt-cinq années plus tard, Legrand du Saule faisait part des extraordinaires résultats qu'il obtenait à Bicêtre dans le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium, dans des communications à la *Gazette des Hôpitaux*, en février 1872.)

Or, pendant ce même temps, Corrigan, qui pratiquait et enseignait la médecine au *Withwork and Hardwick Hospital*, informait ses auditeurs que le *delirium tremens* pouvait reconnaître trois groupes cliniques ; qu'en fait de traitement, le moins on faisait, le mieux on faisait (« tout en sauvant les apparences ») ; que l'on ne devait à peu près jamais administrer l'opium et, enfin, que la saignée était « quelque fois indiquée ». En somme, très faibles et rares doses d'opium, air frais, demi-obscrité, « encouragements », « faire aussi peu que possible » et « laisser faire la nature ». Introduction ou insistance sur la psychothérapie avec, comme politique de fond, le « laisser faire, laisser aller » qui, jusqu'à un certain point et pendant un certain temps, a si bien profité à certain peuple.

C'était aussi le temps où l'humanisme et la philanthropie de Pinel, mort en 1826, avaient fait remplacer la violence et la crainte d'autrefois par la douceur et l'attention auprès des malades de l'esprit. C'était le temps où rageait, en France et en Allemagne, la querelle ou plutôt les discussions entre « matérialistes » et « spiritualistes », tous apparemment beaucoup plus occupés à observer comment les choses se passaient qu'à trouver comment les guérir, et le dilemme cartésien « ou c'est physique ou c'est psychique » voyait dans ces deux clans opposés autant de grands esprits pour le blanc que pour le noir.

Mais, c'était aussi le temps où les écrits de Gall (publiés à Paris en 1819 et 1822) étaient de plus en plus répandus, en quatre langues,

allemand, anglais et italien, en plus de l'édition française originale, et faisaient grande impression. Dans le tome second sur *Les fonctions du cerveau* on relève le passage suivant: « . . . On lui ordonna les médicaments que les médecins et les dames appellent des *calmans*; le mal de tête augmenta tellement, que bientôt il devint furieux, avec un abattement total et une raideur universelle » (semble un peu paradoxal, mais, enfin . . .)

« Là, vous auriez vu le zèle de cinq médecins à lui couler dans la bouche du vin, des teintures, de l'éther, à le frictionner avec du camphre, et ce qu'il y a de plus volatil et spiritueux, administrer les lavements irritants, etc . . . »

« . . . En m'en allant, je priai ces messieurs d'avoir la bonté de m'inviter le lendemain pour l'ouverture du cadavre . . . Il serait difficile de calculer le mal que les notions défectueuses de diverses espèces de faiblesses, et le mot *calmans*, font encore tous les jours ! » *Tot capita . . .*

Et, que se passait-il en notre pays durant cette même période et jusqu'à quel point se préoccupait-on des maladies de l'esprit « et de leur traitement »? En 1835, la ville de Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick, voyait le premier asile d'aliénés ouvrir ses portes. En 1841, Ontario imitait le geste. Dans le Bas-Canada, les membres du parlement tergiversaient depuis près de cinquante années en discussion et disputes de caractère beaucoup plus politico-économiques qu'humanitaires. Les enquêtes succédaient aux enquêtes et les recommandations restaient lettre morte ou inopérantes. De la fameuse enquête Metcalfe et de la visite de Dorothy Dix à Québec résulta finalement l'ouverture de l'Asile provisoire de Beauport dans lequel les premiers malades furent admis le 15 septembre 1845. Le temps des loges, des cabanons et des prisons était révolu et l'humanisme prévalait. Il est permis de présumer que les méthodes thérapeutiques employées avant cette époque seraient cause de bien des étonnements de notre part. Mais, il ne faudrait pas en conclure que la profession médicale locale se désintéressait de la question, bien au contraire. Les études sur les « diathèses » et les « tempéramens » se succédaient dans le *Journal de médecine de Québec* (1826 et 1827). On suivait attentivement les discussions de Villarmay (qui plaçait la cause de l'hypochondrie dans l'abdomen) contre Georget

et Falret (qui, eux, au contraire, en faisaient une affection cérébrale). C.-N. Perreault rapportait le cas d'une agitation psycho-motrice qu'il avait guéri en retirant de l'oreille « un ver long d'environ cinq pouces et demi et de grosseur proportionnée », ne s'arrêtant pas, au sujet de ce ver, à considérer « comment il est parvenu, ou s'il s'y est développé spontanément » . . . Ce même Perreault présentait à la Société médicale de Québec un travail sur « la manie » ; John Rawley et James Douglas offrait chacun le leur, à un an d'intervalle : *On Delirium Tremens*. Et, on traitait les attaques d'épilepsie avec l'onguent de tartre émétique que l'on devait « frotter sur la partie supérieure du bras » . . ., l'huile de croton administrée à tous les deux matins (Dieu sait pendant combien longtemps) et des pilules à base d'opium, mais cette fois, en fractions de grains. Quant aux délires aigus, Frs Blanchet les traitait surtout au moyen des douches, espérant ainsi « débarrasser subitement le système de l'accumulation du fluide électrique qui a lieu dans les fièvres », car, écrivait-il, « si, comme le suppose Sir Humphrey Davy, Berzelin et leurs disciples, feu, chaleur et électricité sont la même chose, mon avancé actuel devient très probable ». Ce qui ne l'empêchait pas de pratiquer des saignées abondantes, mais, répétait-il, « les douches agissent comme par enchantement ».

De tout cela, que penser ? D'abord, à mon avis, je croirais que tout dépend des trois états d'esprit accompagnant les trois âges du médecin : la superbe assurance du début, le doute non moins profond de l'âge mûr et, enfin, le quasi-fatalisme de l'expérience. Selon que nous traversons l'une ou l'autre de ces périodes, nos jugements sont différents. Il paraît surtout important qu'ils ne soient pas intransigeants, trop de facteurs nous échappent partout, chez tous et toujours.

Mais, surtout, quelles que soient les surprises que nous réservent les lectures de ce genre, un grand point doit toujours en ressortir et ce point, de quelque couleur qu'il soit, en est toujours un de lumière (la lumière noire n'existe-t-elle pas ?). C'est que, si empreintes d'empirisme que nous paraissent certaines techniques, si fausses que puissent nous sembler, à distance, certaines notions, le médecin de tout temps et de partout maintient toujours l'effort pour essayer de comprendre les phénomènes qu'il constate en vue d'aider « à mieux » l'humanité souffran-

te en la « soulageant souvent, la guérissant quelquefois et la consolant toujours », nous l'espérons.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. WILLIAMS, J., Esq., A treatment of insanity and nervous excitement, *The British American Journal of Medical Science*, **2** ; (novembre) 1846.
  2. WILLIAMS, C. J. B., F.R.S., On epilepsy, *The British American Journal of Medical Science*, **2** ; (novembre) 1846.
  3. CORRIGAN, docteur, Delirium Tremens, *The British American Journal of Medical Science*, **2** ; (novembre) 1846.
  4. GALL, F., Sur l'origine des qualités morales et des facultés intellectuelles de l'homme, etc., *Boucher*, éditeur à Paris, 1822, tome second.
  5. EY, Henri, Études psychiatriques, *Desclée de Brouwer*, Paris, 1948.
  6. LAIGNEL-LAVASTINE, Les maladies de l'esprit et leurs médecins, 1930.
  7. MACDERMOTT, H. E., Correspondance personnelle, 1951.
  8. MARTIN, C.-A., Le premier demi-siècle de la psychiatrie à Québec, *Laval médical*, **12** : 710, (septembre) 1947.
  9. GAUTHIER, C.-A., Histoire de la Société médicale de Québec, *Laval médical*, **8** : 62, (janvier) 1943.
  10. LEBLOND, Sylvio, History of the Hôtel-Dieu de Québec, *Can. Med. Ass. Journal*, **60**, 75, 1949.
  11. LEBLOND, Sylvio, L'Hôpital de la Marine de Québec, *Bulletin de l'Association des médecins de langue française du Canada*, **80** : (mai) 1951.
-

## ANALYSES

---

J. B. FIRSTBROOK. **Recent research on atherosclerosis.** (Dernières nouveautés dans l'athérosclérose.) *Brit. M. J.*, **4724** : 133-138, 1951.

Dans l'hémisphère septentrional, l'athérosclérose est la maladie qui cause possiblement le plus grand nombre de morts. J. B. Firstbrook croit que, d'après les protocoles d'autopsies, l'athérosclérose peut être rendue responsable d'environ 95 pour cent des décès par maladie des coronaires, d'environ 50 pour cent des décès par diabète et de 50 pour cent des décès dans les maladies des vaisseaux cérébraux. On rencontre peu d'athérosclérose chez les sujets de vingt-cinq ans, mais il y en a beaucoup à l'âge de cinquante ans.

*Hypercholestérolémie.* Malgré les apparences, on n'a encore aucune preuve pour démontrer que le cholestérol alimentaire est impliqué dans l'athérosclérose humaine. Il paraît raisonnable de restreindre le cholestérol, mais la restriction est variable avec les individus : les lapins, par exemple, peuvent tolérer de grandes quantités de cholestérol alimentaire avant de faire de l'hypercholestérolémie.

Le fait que le degré de l'athérosclérose ne soit pas toujours proportionnel au degré et à la durée de l'hypercholestérolémie suggère l'idée que l'état physique du cholestérol du plasma peut être plus important que sa quantité absolue ou sa concentration. Après quarante ans, environ la moitié des personnes en santé possèdent dans leur sérum des molécules géantes d'hypoprotéine ; les réactions sont variables suivant les individus.

On trouve de ces molécules géantes dans 90 pour cent des infarctus du myocarde. La concentration sanguine en est habituellement élevée dans les coronarites, le diabète, l'hypothyroïdisme, la cholémie familiale, les néphroses et l'hypertension.

Chez les myxœdémateux, on doit s'attendre à ce que la correction du trouble thyroïdien arrête les progrès de l'athérosclérose. On doit, cependant, être prudent dans l'administration de thyroïde desséchée dans les cas de maladies coronaires.

L'on connaît depuis longtemps la fréquence des complications athérosclérotiques mortelles chez les obèses. L'autopsie a révélé chez

1,300 personnes âgées de trente-cinq ans et plus que l'athérosclérose était dix fois plus fréquente chez les obèses que parmi tout autre groupe d'individus.

Il paraît éminemment désirable de corriger l'obésité quand on veut contrôler l'athérosclérose. L'on connaît bien l'heureuse influence des régimes maigres.

Dans l'hypertension, l'athérosclérose grave est deux fois plus fréquente que chez les sujets non hypertendus du même âge, du même sexe et du même poids.

Pierre JOBIN.

M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING et R. LABAUGE.

**Le traitement hormono-salicylé de la maladie de Bouillaud.**

(Cortisone *starter*, Salicylate *relais*.) *La Presse médicale*, 65 : 1344, (17 octobre) 1951.

La cortisone et l'ACTH possèdent une efficacité certaine sur les signes généraux, les phénomènes articulaires et les localisations séreuses au cours du rhumatisme articulaire aigu. Leur action sur la cardite rhumatismale en particulier, sur l'endocardite est moins bien connue. Il semble assez bien établi que l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu soit à peu près identique, du moins qualitativement, à celle de la cortisone et de l'ACTH. Le salicylate de soude se comporterait comme un stimulant de la sécrétion de l'hormone hypophysaire corticotrope. Il aurait une action analogue à celle de la cortisone sur l'hyaluronidase qui joue un rôle important dans la genèse de la turgescence fibrinoïde.

Dans ces conditions, les auteurs ont pensé qu'il serait légitime d'associer les deux agents thérapeutiques en commençant par une cure hormonale intensive et de courte durée, suivie d'une cure salicylée dont l'importance et la durée dépendront des résultats obtenus. Cette méthode de traitement permet d'éviter la période de tâtonnements au début de la cure salicylée. Les malades n'étant pas également sensibles au salicylate, on en arrive ainsi à diminuer grandement les risques d'intoxication salicylée chez les malades particulièrement susceptibles. De plus, cette méthode de traitement employée dans une maladie où il importe d'aller vite se comporte comme un excellent préventif contre l'installation des lésions endocarditiques. Enfin, le traitement combiné élimine les risques toujours assez grands d'un traitement hormonal prolongé ; « la cure hormono-salicylée pallie efficacement les inconvénients de l'usage exclusif de l'une et l'autre médication ».

Les auteurs ont choisi la cortisone de préférence à l'ACTH, cette dernière exposant plus facilement aux accidents œdémateux dans la petite circulation. Les doses habituellement employées sont fortes et dépressives. Il s'agit d'un traitement d'attaque (*Cortisone-Starters*) qui sera arrêté dès l'apparition de l'apyrexie, vers le troisième ou quatrième jour. Selon la gravité du cas à traiter, les doses varieront de 300

à 400 milligrammes en quatre injections, le premier jour ; de 200 à 300 milligrammes en deux fois, le deuxième jour, et de 100 à 200 milligrammes en une fois, le troisième jour ; il est rare que l'on doive poursuivre la cure plus de trois jours. Chez l'enfant, les doses varieront selon l'âge, elles seront de l'ordre de 150 à 200 milligrammes, le premier jour.

Dans cette méthode de traitement, le salicylate de soude reste le traitement de fond de la maladie de Bouillaud ; le point important est de savoir à quel moment doit commencer la cure salicylée. En général, la cure hormonale est suivie d'une période d'apyrexie qui dure de cinq à sept jours, puis la fièvre s'allume de nouveau, traduisant le réveil de la maladie. Il importe de commencer la cure salicylée au cours de cette période apyrétique, même dès la fin de la cure hormonale, en employant des doses progressives. L'administration de gentisate de soude à la dose de 12 à 14 grammes par jour, en doses fractionnées, et de salicylate de soude par voie intraveineuse, à la dose de deux grammes deux fois par jour, semble avoir donné d'excellents résultats.

Dans la plupart des cas, les malades ressentent une amélioration nette, dès les premières vingt-quatre heures. La courbe thermique s'abaisse rapidement pour atteindre la normale en trois ou quatre jours ; les phénomènes articulaires disparaissent dans le même délai. La péricardite est plus résistante ; les signes de myocardite s'effacent rapidement. Dans les cas où il existe une atteinte cardiaque et des lésions pleuro-pulmonaires avec dyspnée, cyanose, tachycardie, l'amélioration est véritablement spectaculaire. Les pleurésies rhumatismales ont régressé en deux ou trois jours ; la disparition de l'épanchement, quand il existe, est plus tardive. Ce traitement hormonal ne modifie en rien les lésions cardiaques résiduelles d'une affection rhumatismale antérieure.

Le traitement hormonal semble avoir une action préventive de l'endocardite, s'il est commencé avant le quinzième jour de l'évolution de la maladie ; après le vingtième jour, l'efficacité du traitement s'atténue rapidement et apparaît à peu près nulle sur les lésions endocarditiques déjà installées. Le traitement salicylé assez intense et prolongé peut donner les mêmes résultats, mais il semble bien que la cortisone possède une action plus régulière et surtout remarquablement plus rapide.

Des rechutes sont toujours à craindre si le traitement salicylé n'est pas poussé avec assez de vigueur. Il importe donc de surveiller étroitement le traitement et de ne diminuer que très progressivement les doses de salicylate, quitte à cesser le traitement lorsque la sédimentation globulaire sera revenue à la normale.

Des résultats obtenus, il semble résulter que la cure hormono-salicylée soit une médication qui doit être prescrite d'urgence dans les cas graves. Son emploi est discuté dans les cas bénins, encore là cette méthode permet de sauver un temps précieux, en évitant l'installation des lésions cardiaques. L'association cortisone-salicylate représente une méthode relativement économique qui peut être à la portée d'un plus grand nombre de malades.

Honoré NADEAU.

## CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

---

XXII<sup>e</sup> congrès

L'Association des médecins de langue française  
et le centenaire de l'Université Laval

---

Le centenaire de la Faculté de médecine de l'Université Laval coïncide, en 1952, avec le vingt-deuxième congrès de l'Association des médecins de langue française du Canada. C'est pourquoi les organisateurs comptent sur une assistance record. De grandes manifestations scientifiques et sociales ont lieu, cette année, à Québec, en l'honneur de Laval qui a fait beaucoup pour assurer le rayonnement de la médecine française et canadienne sur notre continent.

Le congrès s'ouvrira mardi le 23 septembre 1952 par une journée consacrée au centenaire de la Faculté de médecine. Cependant, on n'a rien épargné pour faire de ces grandes assises médicales un congrès scientifique d'un intérêt pratique immédiat. Il faut assurer à nos médecins un exercice éclairé de leur art et le meilleur moyen n'est-il pas de leur offrir, chaque année, l'occasion de renouveler leurs connaissances scientifiques et culturelles.

*La biologie des glandes surrénales, les maladies du thorax et la pathologie vasculaire des membres* feront l'objet des principales études offertes aux congressistes par quelques-unes des plus remarquables sommités médicales de France et d'Amérique. *Cancer de l'œsophage, propriétés thérapeutiques des hormones surrénales, pathologie-vasculaire, maladie du thorax* permettront à divers experts de rappeler l'évolution médico-chirurgicale de la thérapeutique. Quelques études touchant *l'économie médicale et l'histoire de la médecine* fourniront à chacun l'occasion de se reposer des données purement scientifiques et de s'initier aux principes essentiels de la pensée médicale et de son évolution contemporaine.

Il s'agit, en somme, d'un programme destiné aux *praticiens*. Tous doivent profiter de ce nouveau Congrès des médecins de langue française.

Quand ils retourneront chez eux, ils auront enrichi leur intelligence, acquis de nouvelles connaissances ou, du moins, précisé certaines notions et ils emporteront en même temps un souvenir plein d'admiration pour Québec et l'université Laval à qui doivent tant tous ceux qui s'expriment en français sur la terre d'Amérique.

---

### **Le docteur Émile Velter à Québec**

---

Le docteur Émile Velter, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Paris, a passé trois jours pendant février dans les cliniques de nos divers hôpitaux québécois avec les confrères de sa spécialité ; il présenta également devant les élèves de la Faculté une communication scientifique.

Il était, à Québec, l'invité personnel du docteur Henri Pichette qui l'avait rencontré à Mexico au cours d'un récent congrès.

---

### **Le docteur Jean-Paul Dugal à la Société de gastro-entérologie**

---

La *National Gastro-Enterological Association*, lors de son récent congrès tenu à Chicago, a élu membre de sa Société notre confrère spécialiste en gastro-entérologie, le docteur Jean-Paul Dugal, assistant dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu, médecin du Service de santé des étudiants et chargé d'un cours de pathologie médicale à la Faculté. L'élection a été faite sur titres et travaux.

---

### **Le docteur Dominique Gaudry au département d'anatomie**

---

Le docteur Dominique Gaudry, F.R.C.S. (c), chirurgien de Chicoutimi, en préparant ses examens du Collège royal, a fréquenté le département d'anatomie. Après avoir constaté les progrès survenus depuis vingt ans et l'intérêt que l'on portait à la recherche, il a souscrit un fort montant pour aider le chef du département à poursuivre ses travaux et à aider ceux qui désirent éprouver, au laboratoire, des hypothèses scientifiques nées de la clinique.

Pierre JOBIN.

---



*Page(s) manquante(s)  
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BANQ  
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

[https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire\\_reference/index.html](https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html)

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque  
et Archives  
nationales**

**Québec** 

**Recommandée et prescrite  
par le Corps Médical dans le monde entier**

**INDICATIONS :**

**ARTHRITISME**

Rhumatisme aigu, chronique

Goutte

Diabète arthritique

Une bouteille par jour, soit :

un verre à jeun, un verre à chaque

repas et un verre le soir.

# VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE — PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

**MALADIES DES VOIES URINAIRES**

Gravelle urique et phosphatique

Une bouteille par jour comme  
ci-dessus.

Albuminurie des gouteux et des  
graveleux

Une demi-bouteille par jour,  
soit :

Un verre à jeun.

Cystites. — Néphrites

Un verre une demi-heure avant  
le repas du midi.

Artério-sclérose au début

Un verre le soir.

●  
**MÉFIEZ-VOUS DES IMITATIONS — PRESCRIVEZ « CÉLESTINS »**

*Représentants exclusifs pour le Canada.*

**HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, avenue du Collège McGill,

Montréal, Canada.

Laval Médical, Québec, février 1952 - Vol. 17 - No 2

— 31

# ALGÉSAL

## BAUME ANTIRHUMATISMAL

A base de salicylate de diéthylamine, qui a un pouvoir d'absorption beaucoup plus puissant que tout autre salicylate.

### INDICATIONS

Rhumatismes articulaires et musculaires Douleurs  
rhumatismales et arthritiques. Goutte. Sclatiqué.  
Lumbago Torticolis Courbatures musculaires Névralgies.

### MODE D'EMPLOI

Faire pénétrer le baume par frictions légères sur la zone douloureuse Répéter les frictions plusieurs fois par jour.

*Documentation et échantillon sur demande*

Préparé en France par LES LABORATOIRES DE THERAPEUTIQUE MODERNE LATÉMA

Représentants exclusifs au Canada

**HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, avenue du Collège McGill,

Montréal

# OSMOPAK localise sûrement l'infection

### FORMULE :

OSMOPAK est un pansement osmotique émoullissant composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1 - 2% de benzocaïne et de 1 - 25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation : Pots de 115 et 577 grammes.

Échantillon médical et documentation sur demande.

Agents exclusifs au Canada :

**HERDT & CHARTON, INC.,**

2027, avenue du Collège-McGill, Montréal, P. Q.

### Membres de la Société d'histoire de médecine

---

*Président d'honneur* : D<sup>r</sup> Charles Vézina  
*Président* : D<sup>r</sup> Charles-A. Gauthier  
*Vice-président* : D<sup>r</sup> Émile Gaumond  
*Secrétaire* : D<sup>r</sup> Jean-Thomas Michaud  
*Assistant-secrétaire* : D<sup>r</sup> Benoît Boucher

M. l'abbé Arthur Maheux  
M. le D<sup>r</sup> Sylvio Leblond  
M. le D<sup>r</sup> Rosaire Gingras  
M. Jean-Louis Bonenfant  
M. Jean-Charles Bonenfant  
M. le D<sup>r</sup> Henri Marcoux  
M. le D<sup>r</sup> Richard Lessard  
M. le D<sup>r</sup> C.-A. Martin  
M. Charles-Marie Boissonnault  
M. Antoine Roy,  
M<sup>gr</sup> Félix-Antoine Savard  
M. Antoine Drolet  
M. Luc Lacoursière  
M. Maurice Lebel  
M. Marcel Trudel  
M. le D<sup>r</sup> Serge Donati  
M. le D<sup>r</sup> Willie Verge  
M. Gaston Dulong  
M. Marius Barbeau  
M. le D<sup>r</sup> Pierre Jobin

Jean-Thomas MICHAUD

---

### Cinéma médico-chirurgical

---

#### Prix de la Presse médicale

Un prix de 100,000 francs — pouvant éventuellement être partagé — et plusieurs autres prix, sont offerts par *La Presse médicale* aux meilleurs films d'enseignement médico-chirurgical.

Les candidatures devront être adressées au Secrétariat du Journal, Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain à Paris (VI<sup>e</sup>), avant le 1<sup>er</sup> mars 1952.

Ne pourront être primés que les films d'amateurs qui ne sont pas déjà édités, subventionnés ou réalisés par un laboratoire ou une firme.

Le jury s'attachera autant à la valeur didactique du film qu'à sa qualité proprement cinématographique. Aucune restriction ne sera faite en ce qui concerne la qualité du film, sonore ou muet, couleur ou noir, mais sera seul admis le format de 16 mm.

Ce prix sera attribué pour la première fois, à l'issue de la présentation des films, lors de la dernière séance du *Cours d'actualité médico-chirurgicales*, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le vendredi 4 avril 1952, de 20 h. 30 à 23 h.

---

**XV<sup>e</sup> congrès de la Fédération des sociétés  
gynécologiques et obstétricales de langue française**

**ALGER - TUNIS : 5-10 mai 1952**

---

*Sous le haut patronage*

à Alger, de M. le gouverneur général de l'Algérie  
à Tunis, de son Altesse le bey de Tunis  
et de M. le résident général de France en Tunisie

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

<i>Le pronostic de la môle hydatiforme</i> .....	}	à ALGER
<i>Le diagnostic du cancer du col utérin</i> .....		
<i>L'anoxie fœtale</i> .....		
<i>La lutte contre la dystocie en Afrique de langue française</i> .....	}	à TUNIS

PROGRAMME GÉNÉRAL

**DIMANCHE 4 MAI :**

*Journée d'accueil* — Excursions dans les environs d'Alger (Chrea, ruisseau des singes, avec repas (couscous-méchoui) à Blida). Au retour visite des domaines de La Trappe. — *Dans la soirée* : Lunch apéritif-concert offert aux congressistes.

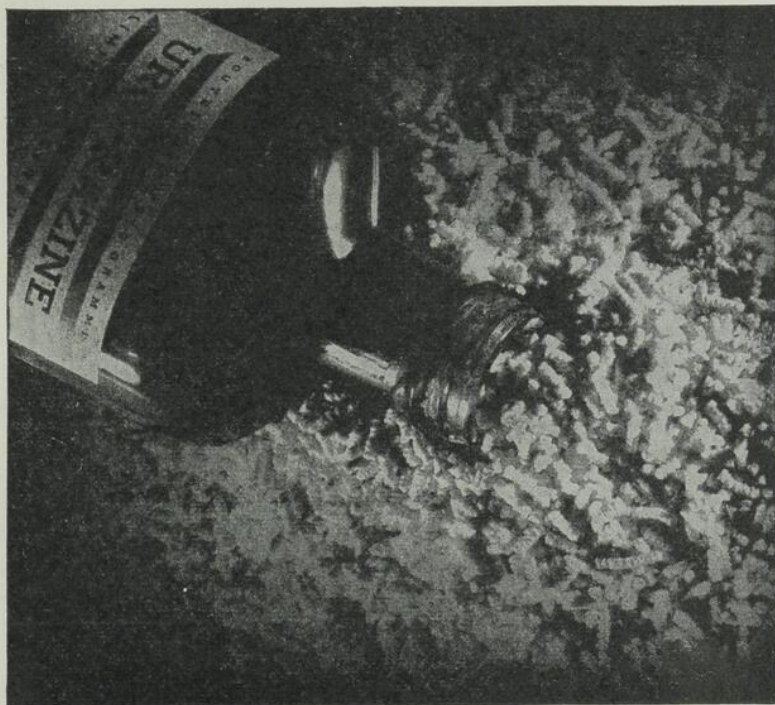
**LUNDI 5 MAI :**

*Séance inaugurale*, sous la présidence de M. le gouverneur général de l'Algérie, en présence des autorités civiles et militaires d'Alger. — Ré-

GOUTTE - RHUMATISME - SCIATIQUE

# UROPAZINE

GOUT - RHEUMATISM - SCIATICA



## GRANULÉ EFFERVESCENT

*Hexaméthylènetétramine, Benzoate de Lithine, PIPÉRAZINE, Bicarbonate de Soude,  
SOUFRE COLLOÏDAL*

SPÉCIALEMENT RECOMMANDÉE DANS LES CAS DE : CYSTITES,  
PYÉLITE, GRAVELLE URIQUE ET DANS LES AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES

*Échantillon médical envoyé sur demande.*

**LES LABORATOIRES SPARTOL**  
Paris - Montréal.

*Représentants exclusifs pour le Canada*

## HERDT & CHARTON, Inc.,

2027, avenue du Collège McGill, - Montréal, Canada.

*Laval Médical, Québec, février 1952 - Vol. 17 - No 2*

— 33

# SULPHO-LAC

(Pommade ne contenant aucun corps gras)

FORMULE : Soufre colloïdal — Sulfure de calcium  
Sulfate de zinc — Glycerine.

INDICATIONS : Acné, Séborrhée huileuse, Couperose, Lupus érythéma-  
teux, Dermites de cause vénéneuse.

MODE D'EMPLOI : En application locale le soir au coucher.

PRÉSENTATION : Pots de 1 oz. — 2 ozs — 4 ozs et 16 ozs.

Pour obtenir des résultats plus rapides, on recommande de faire aussi l'usage  
du Savon SULPHO-LAC.

*Documentation et échantillon sur demande.*

Représentants exclusifs au Canada :

HERDT & CHARTON, INC.

2027, avenue du Collège-McGill

•

Montréal, P. Q.

# SULFARLEM

**NOUVEAU TRAITEMENT DES AFFECTIONS HÉPATIQUES**

à base de trithioparaméthoxy-phénylpropène

INDICATIONS :

Insuffisance hépatique — Allergies digestives — Cirrhoses  
Cholécystites — Insuffisance hépato-rénale — Foie cardiaque

POSOLOGIE : Ampoules : Une injection tous les deux jours.

GRANULES : Une à deux granules avant chaque repas.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 ampoules de 1 c.c. — Boîte de 40 granules.

*Échantillon et documentation envoyé à Messieurs les Médecins sur demande.*

**HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, avenue du Collège McGill,

-

-

Montréal.

ception du président et soirée dansante. — Remise du Livre jubilaire à M. le professeur A. Laffont.

#### MARDI 6 MAI :

Dégustation des grands vins algériens. — Banquet officiel.

#### MERCREDI 7 ET JEUDI 8 MAI :

Départ pour Tunis via Canrobert. — Deux itinéraires prévus : le *littoral*, par Bougie, les gorges de Kerrata, Sétif, les ruines de Djemila, la corniche de Djidjelli, Philippeville, Constantine, Bone ; le *sud*, par Tablat, Aumale, Sidi-Aïssa, Bou-Saada, Biskra, Timgad.

#### VENDREDI 9 MAI :

Réunion des Congressistes à Canrobert (foyer d'ostéomalacie). — Présentation de malades, radiographies et films cinématographiques. — Manifestations folkloriques : *Fantasia* et *Diffa*.

#### SAMEDI 10 et DIMANCHE 11 MAI :

Tunis — Accueil. Réceptions officielles — Séances de travail. — Banquet. — Excursions en Tunisie.

#### DIMANCHE 11 MAI :

Excursions diverses en Tunisie, avec grand-messe à Carthage, visite du tombeau saint Louis, de l'île de Djerba, de Kairouan, du colisée d'El-Djem, etc. . .

### LA CROISIÈRE DU CONGRÈS

Le Comité organisateur se préoccupe d'organiser une croisière en Méditerranée (Marseille — Alger — Tunis — Sardaigne — Sicile — Stromboli — Vésuve — Corse — Marseille) avec : escales à Bougie — Philippeville — Bone ; excursions à Constantine — Canrobert, et circuit des villes d'Or (Djemila — Tingad — Dougha). Les collègues intéressés par ce projet sont priés de se faire connaître au plus vite pour deux raisons : Le nombre des places à bord du paquebot est limité ; la croisière n'est possible que si elle groupe un nombre suffisant de congressistes. (Prix approximatif de la croisière : 50,000 francs.)

#### PRIX DES TRANSPORTS AU 6 JUIN 1951

(compte tenu des réductions habituellement consenties aux Congressistes)

##### Chemin de fer :

	1 <sup>re</sup> Classe	2 <sup>e</sup> Classe
Paris — Marseille et retour . . . . .	10,376	7,264

##### Bateau :

Marseille — Alger — Tunis — Marseille . . . . .	20,350	14,686
---	--------	--------

*Avion :*

Paris - Alger - Tunis - Paris . . . . .	26,035	
Marseille - Alger - Tunis - Marseille . . . . .	15,840	

*Chemin de fer :*

Alger - Tunis . . . . .	4,372	3,411
-------------------------	-------	-------

*Avion :*

Alger - Tunis . . . . .	5,840	
-------------------------	-------	--

Circuits touristiques Alger - Tunis, par le sud ou par le littoral :  
25,000 francs.

## LES ADHÉSIONS AU CONGRÈS

Les collègues désireux de participer au Congrès d'Alger sont instamment priés de se faire inscrire, le plus tôt possible, en vue de faciliter la tâche des organisateurs. Notamment, en ce qui concerne l'importante question de l'hébergement, il y aurait intérêt à connaître, dans le plus bref délai, le nombre approximatif des congressistes.

Les inscriptions et demandes de renseignements complémentaires doivent être adressées au docteur Bonafos, secrétaire général du congrès, 133, rue Michelet, Alger.