

# **Regard sur l'anesthésie d'hier**

**Ernest Kern  
Jean Lassner  
Guy Vourc'h**

*Préface du Professeur Jean-Marie Desmonts*

*Histoire, médecine et société*

**Glyphe & Biotem éditions**  
85, avenue Ledru-Rollin – Paris  
[www.glyphe-biotem.com](http://www.glyphe-biotem.com)

### **Chez le même éditeur**

Dans la collection Histoire, médecine et société

*L'image des personnes âgées à travers l'histoire*

Philippe Albou. 1999

*Faire face à la maladie grave*

sous la direction du professeur Albert Najman. 1999

*La médecine d'urgence préhospitalière à travers l'histoire*

Sandrine Poirson-Sicre. 2000

*L'exercice illégal de la médecine*

Céline Pauthier. 2002

*Vers une histoire de la réanimation*

Sous la direction de Michèle Grosclaude. 2002

*Montesquieu : Médecine et sciences au service des lois*

Laurent Chiquet. 2003

© Glyphe & Biotem éditions. Paris, 2003

Toute reproduction ou adaptation d'un extrait quelconque de ce livre, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou numérisation, est interdite sans l'accord de l'éditeur.

isbn 2-911119-33-9

**C**e recueil a été édité à l'occasion du quatre-vingt-dixième anniversaire de mon père et en souvenir de ses amis, Ernest Kern et Guy Vourc'h.

*Je remercie très sincèrement toutes les personnes qui ont bien voulu y contribuer.*

**Claudine Lassner**  
**7 mai 2003**



**L**a création de la première société scientifique intéressée à l'anesthésie fut le fait de chirurgiens en 1934. Elle ne comptait que quatre anesthésistes sur cent membres.

Au cours de et après la deuxième guerre mondiale, **E. Kern, J. Lassner et G. Vourc'h** se sont orientés vers cette nouvelle discipline.

**Ernest Kern** avait rejoint les Forces françaises libres en Grande-Bretagne et en avait profité pour se former à l'anesthésie anglaise et obtenir sa qualification. À son retour, il travaille avec Merle d'Aubigné à Foch, hôpital réquisitionné par l'armée.

**Jean Lassner** avait rejoint les Forces françaises libres à Saint-Pierre-et-Miquelon et profité de la proximité du Canada pour avoir des contacts avec les anesthésistes canadiens et se former à l'anesthésie. À son retour, alors qu'il s'occupe du service des grands brûlés à l'hôpital Foch, il se lie d'amitié avec E. Kern.

**Guy Vourc'h** avait combattu de façon exemplaire dans les Forces françaises libres et avait participé au débarquement dans le 4<sup>e</sup> bataillon des fusiliers marins alors qu'il n'était qu'étudiant en médecine. Après la fin de la guerre, il termine ses études, part en Angleterre avec une bourse pour se former à l'anesthésie anglo-saxonne et obtient le Fellowship of the Faculty of Anaesthetists of the Royal College of Surgeons. À son retour, après le départ de Kern et de Lassner à Cochin, il travaille comme anesthésiste à Foch, alors redevenu hôpital civil.

Dès 1947, E. Kern et J. Lassner organisent un enseignement d'abord à Foch puis à l'hôpital Cochin sous forme de conférences d'actualisation. Ces séances étaient toujours très animées et les plus jeunes, faisant leur première présentation, n'y allaient pas sans quelque appréhension. Quand la présentation était appréciée, il était parfois proposé à l'auteur d'en publier le texte dans les Cahiers d'Anesthésiologie, revue

## anesthésie d'hier

*qu'ils avaient fondée, avec Jean Valletta, en 1953 à la suite d'un désaccord avec la rédaction de la revue de la Société française d'anesthésie et d'analgésie, dirigée à l'époque par Pierre Huguenard.*

*Ces divergences assez profondes dans les courants de pensée entre les écoles d'anesthésie françaises :*

- d'un côté, celles animées par le courant anglo-saxon,*
- de l'autre, celles inspirées par les théories défendues par Henri Laborit et véhiculées par P. Huguenard,*

*devaient aboutir à l'éclatement de la Société française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation en 1960 et conduire à la création d'une deuxième société, l'Association des anesthésiologistes français.*

*Cette situation très franco-française ne manquait pas de nous attirer quelques remarques ironiques de nos collègues anglo-saxons. Avec les années et l'arrivée d'une nouvelle génération, il devint évident que cette dualité était néfaste pour le développement de la discipline.*

*Une structure de conciliation intitulée « Union française des anesthésistes réanimateurs » (UFAR) a été constituée par Jean Lassner, alors président de la Société française d'anesthésie. Grâce à celle-ci et à quelques personnalités fédératrices, telles que C. Rouet, C. Winckler, P. Maestracci, G. François et moi-même, les Sociétés se regroupaient en 1981 sous le nom de Société française d'anesthésie et de réanimation. Cette fusion permettait alors un développement comparable à celui des sociétés scientifiques des pays industrialisés.*

*Outre cette action de réunification, Jean Lassner, qui présida le Syndicat des anesthésiologistes des hôpitaux de Paris et siégea à la commission médicale de l'Assistance publique, obtint de madame Simone Veil, alors ministre de la Santé, la création d'une commission nationale d'anesthésiologie.*

*C'est cette commission qui organisa la première enquête nationale sur la mortalité liée à l'anesthésie que son ami Guy Vourc'h présida.*

*Promoteur de l'anesthésie péridurale en obstétrique, J. Lassner a organisé, à Cochin, la première réunion hospitalière de la Société d'anesthésie sur ce sujet. Il s'est aussi, très tôt, préoccupé de la réduction du recrutement d'anesthésistes par l'introduction du numerus clausus et de l'internat qualifiant.*

préface

*Ces trois hommes ont joué un rôle non négligeable pour notre discipline.*

*Que cet anniversaire soit pour moi l'occasion d'exprimer ma gratitude à ceux à qui l'on rend hommage aujourd'hui*

***Jean-Marie Desmonts***

***Professeur, chef du département d'anesthésie-réanimation chirurgicale  
CHU Bichat Claude-Bernard***

***Doyen de la faculté de médecine Xavier-Bichat,  
président de la SFAR en 1988 - 1989,  
Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie  
Fellow of the Royal College of Anaesthetists***





# Regard sur l'anesthésie d'hier

Ernest Kern  
Jean Lassner  
Guy Vourc'h

## Témoignages

|  |     |
|--|-----|
| Portrait d'Ernest Kern .....   | 17  |
| Le premier service<br>d'anesthésie-réanimation de France .....                   | 25  |
| Réminiscences .....  | 31  |
| L'a-t-on vraiment connu ?<br>Esquisse d'un homme complexe .....                  | 107 |
| Guy Vourc'h et son pays: Plomodiern<br>« Ces hommes qui nous ont libérés » ..... | 125 |
| Interview inédite de Guy Vourc'h .....   | 129 |

## Souvenirs

|  |     |
|--|-----|
| Une gentillesse mêlée d'humour .....       | 143 |
| Une collaboration de trois décennies ..... | 147 |
| Éloge à l'Académicien .....                | 151 |

## anesthésie d’hier

|   |     |
|---|-----|
| Au docteur et à l’honoris causa .....   | 161 |
| Jenny Rieuneau et ces Messieurs<br>de Port-Royal .....  | 165 |
| Mourir oui, mais quand? .....   | 167 |
| Le doyen d’âge .....  | 173 |
| Quand il avait mal au dos! .....  | 175 |
| Une affaire de famille .....  | 181 |
| Pendant plus de quarante ans... ..  | 189 |
| Voilà pourquoi il faut se lever<br>de bonne heure... ..                                       | 193 |
| 1950 – De l’histoire ancienne, presque de la préhistoire .....                                | 195 |
| Rencontres inoubliables! .....  | 199 |
| Souvenirs entremêlés .....  | 207 |
| Un esprit continuellement en éveil! .....   | 213 |
| Ainsi va la vie... ..   | 219 |
| Le de Gaulle de l’anesthésie française! .....   | 223 |
| Une histoire vraie...<br>Ou de la vraie histoire .....  | 227 |
| Toujours d’accord, jamais du même avis .....  | 233 |
| D’une thèse à un heureux parrainage .....   | 237 |
| La communauté flamande et francophone :<br>une histoire belge .....                           | 241 |
| Un grand patron .....   | 249 |
| De l’Europe à l’Amérique, un témoin impressionnant .....                                      | 253 |
| De la France<br>à l’Afrique francophone subsaharienne<br>Ou comment faire tache d’huile ..... | 255 |

## sommaire

|  |     |
|--|-----|
| Un noviciat, un bréviaire et un credo .....            | 261 |
| Un Autrichien sans doute<br>un Français sûrement ..... | 265 |
| Un maître, un précurseur .....                         | 271 |
| Le temps passe, les amitiés restent .....              | 275 |
| Il y a déjà soixante ans .....                         | 281 |
| Vive la Pologne libre .....                            | 293 |
| Un ami de la francophonie .....                        | 295 |
| Un provincial à Paris .....                            | 297 |
| Une sonde oui,<br>mais pas n'importe laquelle! .....   | 307 |
| France, j'aime ta tendre symphonie .....               | 311 |

### **Hommages**

|  |     |
|--|-----|
| Dédicace du Général de Gaulle .....              | 317 |
| Témoignage de l'amiral Flohic .....              | 319 |
| Cryptosensibilité .....                          | 320 |
| On pourrait dire bien des choses en somme! ..... | 320 |
| À mon maître Guy Vourc'h .....                   | 321 |
| Histoire brésilienne .....                       | 321 |
| Histoire de deudeuche... ..                      | 322 |
| Comment réparer un bras .....                    | 323 |
| Beaucoup sont appelés, bien peu sont élus .....  | 324 |
| Dévouement, abnégation, amour... ..              | 325 |
| Vénération! .....                                | 326 |
| Un novateur, un ami, un maître .....             | 326 |

## anesthésie d’hier

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Austère mais enchanteur... .. | 327 |
| Prière .....                  | 328 |

## **Épilogue**

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| Avenir de l’anesthésiologie ..... | 333 |
|-----------------------------------|-----|

## **Remerciements**

# Témoignages



Ernest Kern

# Portrait d'Ernest Kern

**Annie Anargyros – Klinger – Kern**

Psychanalyste – Paris

Ernest Kern est né en 1908 à Czernowitz, capitale de la province de Bucovine, au-delà de la Galicie polonaise. Cette ville était devenue, sous l'influence de l'Empereur François-Joseph, le bastion oriental de l'Empire austro-hongrois et de la civilisation germanique. La personnalité d'Ernest Kern a été marquée par certaines caractéristiques de cette ville cosmopolite, où cohabitaient pacifiquement les Ukrainiens, les Roumains, les Polonais et les juifs, auxquels se joignaient les administrateurs autrichiens: on y parlait le russe, le polonais, le roumain, l'allemand et le yiddish.

Le niveau culturel y était très élevé: Czernowitz était la ville natale de nombreux écrivains et poètes, dont le plus remarquable fut Paul Celan. Il y avait une université de langue allemande, un théâtre, des bibliothèques et, par certains aspects, la ville évoquait Vienne, la capitale lointaine

## anesthésie d’hier

et prestigieuse. Plus de la moitié des habitants étaient des juifs qui avaient le statut de citoyens à part entière: ils vivaient dans des conditions de liberté et de sécurité exceptionnelles en Europe centrale. Ils pensaient devoir cette situation privilégiée à l’Empereur, et lui vouaient pour cette raison une reconnaissance et une loyauté indéfectibles. On parlait à leur propos de l’état d’esprit *K und K – Königlich und Kaiserlich*: c’est-à-dire *Royal et Impérial* – état d’esprit fait d’honnêteté, de rigueur morale, de loyauté, de culture et de tolérance.

À dix-huit ans, après son baccalauréat, Ernest Kern souhaite entreprendre des études de médecine et décide, car il n’y a pas de faculté de médecine à Czernowitz, de partir pour la France, où le baccalauréat roumain est reconnu. Il est accompagné par Fanny Ungar, et par quelques amis qui ont le même projet. Docteur en médecine en 1933, Kern épouse Fanny, également médecin, et le couple décide de s’installer comme médecins généralistes à Bussières, un petit village près de Lyon et de Saint-Étienne. Ils furent très bien accueillis par une population qui leur donna toute sa confiance. La pratique de la médecine rurale exercée dans les conditions difficiles de l’époque les passionna tous deux.

Mais E. Kern, après cinq années de cette vie confortable, ressentit une certaine impatience: il n’y avait pas place pour l’imagination, la surprise, l’aventure. Il désirait pouvoir se tenir au courant des progrès de la médecine et aspirait à une autre manière de la pratiquer. C’est ce qu’il écrit dans ses mémoires: *Mes quatre vies* (Paris: Arnette 1971).

Cependant, les événements tragiques de 1938 – la persécution des juifs d’Europe centrale et l’annexion de l’Autriche par Hitler – devenaient très préoccupants: leurs parents étaient à Czernowitz, qui allait basculer sous un régime roumain très proche du cauchemar hitlérien.

À Vienne vivait une partie de la famille de sa mère: le frère de sa mère, Robert Beiner, avocat comme son grand-père; la sœur de sa mère, Bina Klinger et son mari Emmanuel Klinger, mes parents. Mon oncle Robert put fuir en Bolivie



## témoignages

d'où il revint à Vienne après la fin de la guerre. Mais pour mes parents c'était trop tard ; aucun visa n'était plus accordé aux juifs qui voulaient quitter l'Autriche.

Ernest Kern, conscient du danger extrême qui nous menaçait, proposa à mes parents de chercher à me faire sortir du pays, quitte à chercher une autre solution pour eux. Il obtint pour moi un visa allemand de tourisme pour la Suisse et vint me chercher, le 30 décembre 1938, à Vorarlberg, où m'avaient amenée mes parents. Je devais ne jamais les revoir.

C'est ainsi qu'Ernest Kern et sa femme m'accueillirent dans leur maison de Bussières, et devinrent mes parents adoptifs.

Je pense aujourd'hui que mon cousin m'a alors sauvé doublement la vie : au sens propre, j'ai échappé au camp de concentration où mes parents sont morts en 1943. Mais il m'a aussi sauvée sur le plan psychique : beaucoup d'enfants de déportés cachés pendant la guerre ont survécu, mais ils sont souvent restés marqués par les traumatismes qu'ils ont subis, et qui ont engendré des dépressions et des troubles psychiques plus ou moins graves. Ernest Kern m'a accueillie avec tant de tendresse, d'amour et de générosité, il m'a entourée d'un tel climat de sécurité, que j'ai eu, plus tard, le sentiment d'avoir traversé toutes ces années sans trop d'angoisse : la confiance qu'il avait dans la vie n'a jamais cessé de me soutenir.

En septembre 1939, la guerre allait changer sa vie au-delà de ce qu'il aurait pu imaginer.

Il est mobilisé comme médecin, mais non dans une unité combattante comme il l'aurait souhaité. En février 1941, sa femme et lui reçurent l'interdiction d'exercer la médecine en tant que médecins juifs d'origine étrangère. Fin 1942, menacés d'être arrêtés pour leurs activités dans la Résistance, ils décidèrent de partir pour Londres où ils rejoignirent les Forces françaises libres. Jusqu'à leur retour en 1945, nous

## anesthésie d’hier

fûmes séparés, et je fus cachée et protégée au collège Cévenol du Chambon-sur-Lignon.

C’est à Londres qu’E. Kern rencontra l’anesthésie moderne. Pendant l’été 1943, il eut l’occasion d’assister à une intervention chirurgicale et fut frappé par le travail de l’anesthésiste, qui manipulait un appareillage inconnu de lui. Celui-ci lui permettait d’assurer une respiration de substitution, quand la ventilation spontanée du patient était insuffisante ou abolie, d’approfondir ou d’alléger la narcose et de provoquer le réveil quand il le fallait. Passionné par cette nouvelle technique, il apprit ses principes, ses médicaments et leur maniement. Souhaitant y joindre la pratique, il parvint à se faire affecter à un hôpital militaire anglais et prépara le diplôme d’anesthésie du *Royal College of Surgeons*, qu’il obtint, fin mai 1944, juste avant le débarquement en Normandie.

Après l’armistice, son unité séjournait en Forêt-Noire. C’est là qu’il rencontra le médecin colonel Merle d’Aubigné, qui avait entendu parler de sa compétence particulière en anesthésie et qui lui proposa de le rejoindre dans son futur service hospitalier à Paris. Cette proposition venait répondre à la question qu’E. Kern se posait autrefois, quand il était lassé de sa pratique de médecin de campagne. Son désir était d’appliquer ses nouvelles connaissances en anesthésie. C’était un homme d’une rigueur et d’une honnêteté intellectuelle exceptionnelles, qualités qui se manifestèrent dans son activité de recherche, sa pratique clinique et son éthique. Ce dernier trait de caractère lui valut l’hostilité et le mépris de certains confrères à la moralité moins exigeante. Au sommet de son échelle de valeurs se situaient l’activité intellectuelle, la connaissance, l’exploration de nouveaux territoires du savoir et le désir de nouvelles découvertes scientifiques.

La très grande confiance qu’il avait en lui lui a parfois fait entreprendre des démarches risquées, à la limite de la témérité. Déjà, fin 1938, conscient de la catastrophe qui menaçait sa famille, il avait réalisé une véritable entreprise de sauvetage, non dénuée de danger, pour venir me chercher à la

## témoignages

frontière autrichienne. Or en mai 1945, il fit le projet, quasi délirant, d'aller chercher sa mère à Czernowitz, qui se trouvait maintenant en Ukraine, derrière le rideau de fer. Il savait que son père était mort, et que sa mère avait échappé au massacre et à la déportation des juifs sous l'occupation roumaine et allemande, mais qu'elle vivait dans une misère matérielle et morale totale. Il décide donc de ramener sa mère en France, au péril de sa vie.

Le groupe chirurgical auquel il appartenait avait été désigné pour former le noyau de l'occupation médicale du secteur français de Vienne. Cette ville, plaque tournante où résidaient les troupes d'occupation des Alliés, lui offrait une base de départ possible pour entreprendre ce voyage. Il se munit d'un ordre de mission jusqu'à Budapest et entreprend le voyage avec une ambulance et son chauffeur. Après Budapest, les routes deviennent impraticables. Les mauvaises conditions pour réparer les pannes du véhicule et le manque d'essence lui font craindre plusieurs fois d'avoir à abandonner son expédition. Cependant la frontière russe approche. Son passage se fait à la nuit tombante. Il invente le motif qui est présenté au militaire qui garde la frontière: le rapatriement de prisonniers français. Aucun doute n'effleure le militaire qui signe l'ordre de mission sans le regarder. Arrivé à Czernowitz, E. Kern va chercher sa mère et prend le chemin de retour, aussi périlleux qu'à l'aller. Enfin, il la ramène en France. C'est ainsi que nous nous sommes tous retrouvés à Paris après la fin de la guerre.

Pendant qu'Ernest Kern débute sa carrière d'anesthésiste, sa femme Fanny adopte la carrière de médecin inspecteur de la santé, tandis qu'à mon tour je commençais mes études de médecine. Les débuts de sa pratique furent difficiles car aussi bien à l'hôpital que dans les cliniques privées, l'anesthésie en circuit fermé était inconnue – et cette technique, l'objet de préjugés hostiles. Pratiquer l'anesthésie devenait presque un exploit sportif. Voici ce qu'il raconte dans ses mémoires: «Comme je n'avais pas de voiture, il me fallut emprunter le

## anesthésie d’hier

méto. Je me déplaçais portant dans la main droite un lourd appareil d’anesthésie, dans la main gauche une serviette bourrée de produits et d’instruments, et sur le dos, un sac où étaient rangées des bouteilles d’oxygène, de protoxyde d’azote et de cyclopropane». Je me souviens parfaitement de ces débuts aventureux.

Je vécus quelques années avec eux, jusqu’en 1949. Ils louèrent à Saint-Cloud une villa romanesque avec un grand jardin, un lieu plein de charme où allait se dérouler une nouvelle vie. Après le désespoir et l’angoisse de la dispersion des familles, chacun se retrouva avec le désir d’une activité intense et une soif de vivre aussi vive qu’avaient été violents le désarroi et la peur. Il y avait aussi le besoin d’oublier, de faire «table rase» d’un passé insupportable.

J’ai gardé un souvenir très vif de l’atmosphère de la maison de Saint-Cloud. C’était une maison ouverte. Venaient y séjourner la mère d’Ernest Kern, sa sœur et son beau-frère; une cousine de Vienne habita avec nous pendant une année. Il y avait peu de jours sans quelque dîner avec des camarades de guerre retrouvés, devenus des amis. Pendant les week-ends, les intimes d’autrefois se mêlaient aux amis récents autour d’un buffet improvisé dans le jardin, tandis que s’organisait une partie de bridge; c’était l’atmosphère de joyeuse et nonchalante hospitalité des maisons de campagne russes d’autrefois, telles qu’elles sont décrites par Tchekhov...

Dans ses loisirs comme dans sa vie professionnelle, Ernest Kern était un lutteur. C’était un grand sportif, passionné par la haute montagne. Il skiait très vite, sur n’importe quel terrain, et par tous les temps. Il m’emmenait souvent avec lui et m’obligeait à surmonter ma peur, parfois justifiée quand il m’entraînait sur des pentes dangereusement abruptes et verglacées. En été, je l’accompagnais dans des excursions en haute montagne où seule ma confiance en lui me permettait d’escalader en cordée des murs rocheux vertigineux. Je n’ai plus jamais, par la suite, renouvelé de tels exploits! Grâce à son exigence, sa fermeté, son affection, j’ai fait là une

## témoignages

expérience unique: surmonter la fatigue et la peur du danger permet l'émergence de forces insoupçonnées...

Il n'est pas inutile de rappeler que son milieu d'origine marqua profondément son caractère. Une attitude de tolérance, de bonté et une grande ouverture d'esprit lui permirent de nouer un grand nombre de relations chaleureuses et amicales avec ses camarades de guerre, ses élèves et de nombreux collègues. Pour autant, il tenait sa place de chef de service avec autorité.

C'était un homme qui aimait l'aventure et le risque, ce qui lui donna l'élan nécessaire pour expérimenter, innover et créer des méthodes inédites. Tout en bas de l'échelle se situait le confort matériel et ce qui permet d'y parvenir, l'argent, qu'il tenait quelque peu en mépris. Détaché de l'argent, il le donnait volontiers avec une grande générosité.

Ce portrait d'Ernest Kern donne certainement l'impression d'être partiel et partial, ce qu'il est sans doute. L'affection, l'admiration et la reconnaissance m'ont inspiré la description d'une figure peut-être idéalisée: j'ai oublié aujourd'hui quelques traits négatifs qui auraient donné de lui une image plus contradictoire, plus complexe et plus vraie. Mais ce qui reste certain aujourd'hui, c'est le souvenir qu'il a laissé à sa famille, ses amis et ses collègues: celui d'un homme d'une rare bonté, ouvert, humain et généreux.



**Cochin 1950**

Service du professeur Merle d'Aubigné

Assis au premier rang, à partir de la gauche: Pr Kern, Postel, Foureux, Cauchoix, Merle d'Aubigné, Benassy, Meary, Lassner, Lelièvre

Au deuxième rang, debout, troisième à partir de la gauche, Dr Zimmer

## Le premier service d'anesthésie-réanimation de France

**Robert Merle d'Aubigné<sup>†</sup>**

Professeur, ancien chef de service de la clinique  
chirurgicale orthopédique – hôpital Cochin, Paris

Membre de l'Académie des sciences

Depuis que E. Kern a fondé en 1945, à l'hôpital Léopold Bellan, le premier service d'anesthésie-réanimation qui ait existé en France, ce service n'a cessé d'augmenter d'importance et de perfectionner son organisation. J'ai pu apprécier, depuis quatre ans, à l'hôpital Léopold Bellan puis à l'hôpital Foch, enfin dans mon service de la clinique chirurgicale orthopédique de l'hôpital Cochin, les services immenses rendus aux malades par une telle organisation qui débordait largement de l'anesthésie, prenant en mains également les soins pré et postopératoires, dans une étroite et compréhensive collaboration avec les chirurgiens.

## anesthésie d'hier

Mais Kern a su viser plus haut encore et faire de ce service un centre d'enseignement et de recherche.

Une stricte discipline dans l'application et le contrôle des méthodes – l'établissement, dans les archives du service, d'un fichier d'anesthésie très complet – des réunions hebdomadaires consacrées alternativement à des sujets d'anesthésie et de réanimation – la participation des anesthésistes réanimateurs à la discussion hebdomadaire sur les indications thérapeutiques du service, sont les bases de cette documentation, de cet enseignement et de l'indispensable liaison entre chirurgiens et anesthésistes.

De nombreux anesthésistes ont été formés par Kern, dans ce service, et appliquent aujourd'hui, à travers toute la France, les principes qu'ils y ont appris. Mais l'enseignement n'est pas limité aux élèves du service car les réunions hebdomadaires de l'après-midi sont fréquentées par de nombreux étudiants et médecins venant d'autres services ou d'autres hôpitaux: les méthodes qui ont fait leurs preuves, loin de rester le secret ou le monopole de quelques-uns, diffusent ainsi, suivant la règle de toute médecine saine et honnête, dans des cercles plus étendus.

C'est avec ces moyens et dans cet esprit que Kern a publié la mise au point de divers problèmes d'anesthésie-réanimation, des études approfondies sur l'anesthésie au Pentothal et l'anesthésie endotrachéale.

Il nous donne aujourd'hui un livre sur le curare, basé sur les cinq cent vingt premiers cas d'une expérience qui s'élève, aujourd'hui, à mille cas. Il est le fruit d'une expérience clinique considérable dirigée par des lectures très étendues et des connaissances physiologiques importantes.

L'utilisation du curare représente, sans doute, en anesthésie, une étape aussi importante que l'introduction de l'anesthésie par les gaz et celle du circuit fermé.

L'idée de mettre au service de l'anesthésie un agent non anesthésique mais paralysant était véritablement révolutionnaire.



## témoignages

Le scepticisme, la méfiance que provoque toujours ce genre d'innovation est sans doute, plus que la rareté du produit, l'explication de l'usage très limité qui en fut fait après les premiers essais en 1942.

C'est ainsi que nous avons été les premiers en France à pratiquer la curarisation et à soumettre ce nouveau médicament à une épreuve clinique poussée et rigoureusement contrôlée: nous avons pu apprécier, nous-mêmes, ses propriétés remarquables et apporter, en mars 1948, à l'Académie de chirurgie, les enseignements de nos cent premières observations.

Aujourd'hui, Ernest Kern nous apporte une étude précise et complète de la question: il a conçu ce travail dans un esprit essentiellement pratique; de ses lectures extrêmement étendues, il a su tirer, en les confrontant avec sa considérable expérience personnelle, l'essentiel, les notions nécessaires à la compréhension de la méthode et à son application intelligente. Le chapitre pratique a été écrit avec le soin de celui qui sait l'importance des détails, lorsqu'il s'agit d'exécuter un acte délicat: les anesthésistes professionnels en apprécieront la clarté et le sérieux.

Mais je pense que ce livre sera aussi apprécié des chirurgiens: par son action préventive sur le choix, par les suites opératoires extraordinairement simples qu'il donne à des opérations longues et sérieuses, le curare est pour nous un progrès considérable.

Je souhaite, enfin, que ceux qui font usage de la convulsivothérapie prennent connaissance du chapitre qui les concerne, ce qui nous éviterait d'avoir à traiter les redoutables complications osseuses de cette méthode thérapeutique.

Pour tous les étudiants, enfin, ce livre peut être proposé comme un modèle de ce que doit produire un travail médical bien conduit, c'est-à-dire, l'étude d'une question sous tous ses aspects théoriques, en union avec une expérience clinique

## anesthésie d'hier

étendue, minutieusement enregistrée, et interprétée sans parti pris.

Extraits de la préface à l'ouvrage de E. Kern – *Le Curare en anesthésie* – Masson et Cie Éditeurs, 1950, Paris



Ernest Kern: en salle d'opération

témoignages



Vigilance et surveillance du Maître!



Jean Lassner

## Réminiscences

### Jean Lassner

Professeur honoraire de la faculté de Cochin – Port-Royal (Paris)  
Ancien chef du département d'anesthésie-réanimation

Fondateur et rédacteur en chef  
des *Cahiers d'anesthésiologie* de 1953 à 1970

Expert honoraire près la Cour de cassation

Ancien président de l'*International Society  
for Clinical and Experimental Hypnosis*

Président de la Société française d'anesthésie,  
d'analgésie et de réanimation de 1976 à 1978

Fondateur et premier président  
de l'Académie européenne d'anesthésiologie

L'anesthésie, en tant que pratique, est née au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Cependant, en tant que savoir, elle est bien plus ancienne. On peut la tracer jusqu'à la renaissance des connaissances médicales qui s'est opérée au Moyen Âge par Salerne. Fondée par les Grecs, puis romanisée, passée sous diverses dominations, Salerne connut une situation exceptionnelle: soumise au Moyen Âge par les Normands, elle jouissait d'un régime de grande liberté intellectuelle. La

## anesthésie d’hier

Campanie est aujourd’hui une partie très pauvre de l’Italie. Elle était florissante à l’époque. Les échanges avec la Sicile proche, sous domination et influence arabes, avaient favorisé les contacts entre musulmans et chrétiens.

L’école de médecine créée à Salerne a reçu au <sup>viii</sup>e siècle, du temps de Pépin le Bref, roi de France, un apport important du savoir grec, grâce à la venue de Constantin l’Africain, qui avait amené de Carthage d’où il était originaire un grand nombre de textes anciens. Moine au Monte Cassini, il est à l’origine de la traduction de ces textes en latin.

L’enseignement de la chirurgie professé à Salerne a été connu dans toute l’Europe grâce à la transcription par Guy d’Arezzo de l’enseignement de son maître, Roger Frugardi, publié en 1170. C’est de cette époque que datent les documents qui relatent différentes compositions d’une préparation anesthésique appliquée tantôt à travers un tissu ou éponge placée sur la figure, principalement sur le nez, parfois même instillée dans le nez. Cette manière de faire a été connue par la suite sous la dénomination d’éponges soporifiques.

Pour la pratique de la chirurgie, l’élément important à connaître est l’attribution d’un statut légal au corps médical par l’Empereur Frédéric II en 1224, statut strictement laïque. Ce statut rendait par ailleurs obligatoires des études tant médicales que chirurgicales, sanctionnées par un examen. Après l’obtention du diplôme, une année pratique était obligatoire.

Les Arabes avaient eu connaissance des ouvrages grecs anciens et s’étaient emparés des bibliothèques, dont une bonne partie s’est trouvée par la suite installée en Andalousie. Au moment de la reconquête, ces ouvrages ont été traduits en latin. La principale entreprise a été celle de Gérard de Crémone, originaire de Lombardie, qui s’est installé à Salerne en 1170. Grâce à sa connaissance de l’arabe, il a apporté au monde occidental des traductions latines de quelque soixante-dix ouvrages, parmi lesquels ceux des

## témoignages

principaux médecins arabes. Les écrits grecs avaient été traduits en arabe et sont donc parvenus au monde chrétien par une double traduction.

Ces connaissances sont arrivées non seulement à Salerne, mais par la suite à Montpellier d'où elles se sont répandues dans le reste de l'Europe. La Lombardie a été, pendant une assez longue période, le véritable foyer de transmission des connaissances. On présume que le lombard Hugues de Lucques (Borgognon, Ugo de Lucca 1220), chirurgien de la ville de Bologne et qui a participé aux croisades en Terre Sainte, a été à l'origine de l'emploi des éponges soporifiques ou somnifères que l'Antiquité avait connues et qui avaient été décrites par Dioscoridès. Une filiation passe ensuite par Guillaume de Salicet, auteur d'un traité de chirurgie en 1275, à son disciple Lanfranc, qui a dû quitter Milan et qui est venu s'installer à Paris en 1295. L'école de Salerne a été fermée en 1810 sur ordre de Napoléon.

La médecine à Paris, contrairement à Salerne, était entre les mains du clergé et Lanfranc, qui était marié, n'a pas pu être intégré à la faculté de médecine. Il s'est joint à la confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien, qui devint plus tard le collège de Saint-Côme, école et organisation chirurgicale. Le statut de clerc des médecins a été un élément de grande importance pour l'évolution ultérieure de la chirurgie. Une certaine séparation de la chirurgie et de la médecine s'était déjà fait jour à cette époque. Elle s'accroît jusqu'à la rupture complète à la suite d'une série de décisions ecclésiastiques. En ce milieu, le rôle des moines dans la maladie avait déjà été critiqué par plusieurs papes quelques siècles auparavant. Cependant un certain nombre de personnalités éminentes maintenaient une activité soignante. La célèbre Sainte Hildegarde de Bingen au XII<sup>e</sup> siècle donnait des remèdes aux malades pour leur permettre de résister au diable. Après plusieurs décisions conciliaires, interdisant aux clercs de traiter par le feu (le cautère) et le fer, c'est au concile de Tours de 1163 que la déclaration *Ecclesia abhorret a sanguine*

## anesthésie d'hier

consacre le rejet de la chirurgie hors de la médecine savante ecclésiastique. C'est peut-être l'influence venue d'Espagne qui a fait perdurer assez longtemps un esprit de tolérance vis-à-vis de la chirurgie à l'école de médecine de Montpellier.

Deux des plus éminents chirurgiens français du Moyen Âge, Henri de Monfort et Guy de Chauliac, ont été élèves à Montpellier. Guy de Chauliac met en garde contre l'usage des éponges soporifiques, en raison du danger que comporte leur utilisation. Parmi les chirurgiens devenus de simples praticiens existait encore une stratification sociale. La confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien constituait l'élite de la profession. Durant plusieurs siècles, celle-ci a lutté contre son abaissement scientifique et social, mais n'a pas réussi à s'affranchir de la tutelle des médecins savants, en dépit de brillants succès de certains dont le plus connu est certainement Ambroise Paré. Il a fallu la courte et courageuse action du chirurgien Félix, pour soigner la fistule anale de Louis XIV, pour qu'en 1686 le roi ouvre aux chirurgiens la voie à un rang meilleur. Il faudra encore une cinquantaine d'années pour la création du Collège de chirurgie par lettre patente de Louis XV en 1724. Ce n'est que le 18 décembre 1731 que Mareschal et Lapeyronie le transforment en Académie royale de chirurgie. Cette Académie a disparu, tout comme la faculté de médecine sous la Convention, le 8 août 1793.

L'égalité des droits et des positions entre chirurgiens et médecins résultait d'une déclaration royale du 23 avril 1743 dont les artisans ont été François Rigot et François Lapeyronie, alors premier chirurgien du roi et chef de la chirurgie du royaume.

Cette accession des chirurgiens à un rang social pratiquement égal à celui des médecins n'est pas restée limitée à la France; elle a été suivie dans d'autres pays d'Europe. Ainsi, en Grande-Bretagne, de grands chirurgiens se sont fait connaître parmi lesquels plusieurs Écossais, en particulier John Hunter.



## témoignages

Il est probable qu'une considération pratique ait joué un rôle dans ce changement. Les rois commençaient à se soucier de la santé de leurs peuples. La population était majoritairement rurale. Les chirurgiens étaient assez nombreux pour agir, contrairement à la poignée de médecins savants. Il a fallu cependant attendre encore un siècle, pour que les chirurgiens passent d'un rôle secondaire au rang prédominant dans la hiérarchie médicale, grâce aux deux innovations essentielles pour la chirurgie au XIX<sup>e</sup> siècle : l'anesthésie et l'asepsie.

Par la suite, la chirurgie devenait rapidement le paradigme d'une action médicale efficace, alors que la médecine restait encore très limitée dans ses possibilités. Les revenus des chirurgiens dépassaient alors largement ceux des médecins. Leur attitude vis-à-vis des médecins s'est transformée. Ils devenaient condescendants, et même se conduisaient en nouveaux riches. Lorsque survenait le problème de l'administration des anesthésiques, les chirurgiens préféraient très nettement la confier à des auxiliaires plutôt qu'à des médecins. Leurs rapports avec les médecins anesthésistes sont restés, jusqu'à ce jour, marqués par ce passé. Les chirurgiens, enfin parvenus à une situation professionnelle, sociale et économique importante, et seuls maîtres à bord en salle d'opération, souhaitaient être à la pointe du progrès. Ce furent eux qui contribuèrent au développement des méthodes d'anesthésie.

Après la première guerre mondiale, ils constatèrent leur retard par rapport aux Britanniques. Ils voulaient le combler, mais sans rien changer à leurs habitudes. Dans son *Précis d'anesthésie chirurgicale*, Émile Forgue se déclare en faveur de la formation de médecins anesthésistes, mais estime que l'anesthésiste de carrière conviendrait pour les «centres opératoires largement équipés» et que «même pour les hôpitaux de moindre personnel, il faut un assistant spécialisé qui est notre collaborateur de première utilité». Il précise cependant que les chirurgiens professeurs ont le devoir

## anesthésie d'hier

d'instruire les étudiants dans les cliniques universitaires et en conclut à deux obligations contradictoires: «pour la régularité et la sécurité opératoires, (il peut) réserver à un aide habituel, entraîné, spécialisé même, les anesthésies difficiles dans les opérations majeures; pour l'enseignement, il a le devoir de tolérer, bien mieux, d'encourager, mais de surveiller étroitement, étant responsable, la participation des stagiaires aux anesthésies simples, parce que nulle instruction théorique ne saurait suppléer, ici, à l'expérience pratique». Parlant de cet «aide habituel, entraîné, spécialisé», Forgue dit qu'il a «l'obligation de surveillance attentive et avertie, qu'il doit être bien dressé» et n'hésite pas à dire qu'il souhaite «un personnel bien stylé». Il admet à regret que pour une anesthésie au protoxyde d'azote, il faut que l'opérateur «sacrifie ses aises à l'intérêt du malade» comme l'exigeait Desmarest. Forgue finit par dire qu'une sœur opératoire, un infirmier anesthésiste valent mieux qu'un élève médecin «très instruit mais peu habitué», de sorte que «cette formule de l'anesthésiste spécialisé est celle vers laquelle, du moins dans les grands services, nous tendons tous, mais elle comporte des difficultés... affaire d'organisation, de division du travail et aussi de possibilités budgétaires qui font obstacle».

En fait, avant la deuxième guerre mondiale, l'anesthésie était confiée à des auxiliaires infirmiers ou externes, et même éventuellement aux garçons de salle, ou à toute autre personne disponible au hasard des circonstances...

Ma propre expérience de l'anesthésie à Paris a commencé en 1938. J'eus alors l'occasion de participer à diverses activités à l'hôpital Rothschild et il m'arriva d'être appelé à donner des anesthésies par application du masque d'Ombrédanne. L'instruction préalable s'était bornée au conseil de tourner progressivement la clé et de tenir le masque bien appliqué. L'intérieur de la boule dans laquelle on versait l'anesthésique – le mélange de Schleich généralement – ne préoccupait guère les utilisateurs. J'avoue humblement qu'à cette époque

## témoignages

j'ignorais complètement le mécanisme qui réglait l'entrée de l'air et de la vapeur anesthésique.

Les débats concernant l'anesthésie locale montraient que la majorité des chirurgiens la réservaient aux interventions mineures: c'est la procaïne (Novocaïne) qui a été le plus souvent employée. Il existait un appareil pour l'injection sous pression de l'anesthésique local qui permettait de se dispenser de la seringue, pratique plus tard adoptée en URSS. La rachianesthésie ainsi que l'anesthésie épidurale ont été utilisées. Novocaïne et Percaïne furent employées. La ponction lombaire par le chirurgien était souvent précédée d'une injection sous-cutanée d'éphédrine. On redoutait *l'orage de la vingtième minute*, crise hypotensive accompagnée de vomissements et de malaise, parfois de dépression ou d'arrêt respiratoire. La courte durée de la rachianesthésie à la Novocaïne posait problème, mais à l'époque les chirurgiens opéraient vite.

Une place importante a été faite à l'anesthésie rectale par l'avertine (Rectanol). Toutefois, celle-ci était généralement considérée comme une narcose de base, qu'il s'agissait de compléter en cas de besoin. Plusieurs chirurgiens, en particulier Desmarest, recherchaient ce complément par l'inhalation de protoxyde d'azote. D'autres utilisaient l'éther pour l'induction par voie rectale. Un barbiturique avait été utilisé par Jacquot. L'Évipan intraveineux a commencé sa carrière pour l'induction, parfois même comme anesthésique unique.

Cependant l'anesthésie inhalatoire a gardé une place prédominante. Si Paris est resté longtemps fidèle au chloroforme, alors que Lyon s'est prononcé pour l'éther, une sorte de compromis a finalement prévalu et le mélange de Schleich a été largement employé, administré généralement à l'aide de l'appareil d'Ombredanne. Des modifications avaient été apportées à l'appareil d'Ombredanne par Thalheimer et Desplats, pour introduire du gaz carbonique en cas de dépression respiratoire avec cyanose! Quant à la position

## anesthésie d'hier

moyenne de la clé de l'appareil d'Ombredanne, le mélange inspiré contenait 15,6 % d'oxygène et 4,3 % de gaz carbonique. En augmentant la concentration de la vapeur anesthésique, on diminuait d'autant celle de l'oxygène. Tiffeneau s'intéresse au mélange de Schleich dans le paragraphe deux de son *Précis* concernant l'éther. On lit: «L'éther est employé parfois sous forme de mélange de Schleich contenant: éther-30, chloroforme-10, chlorure d'éthyle-5». Pour le chloroforme, on se servait volontiers des appareils de Ricard ou de Fredet.

On administrait le protoxyde d'azote au moyen de différents appareils. Les plus simples comportaient une bouteille de protoxyde d'azote, une d'oxygène et une de gaz carbonique. On faisait inhaler le protoxyde d'azote pur et on le remplaçait par l'oxygène lorsque la cyanose paraissait menaçante. Le gaz carbonique servait de stimulant respiratoire en cas d'accident. Ce mode d'administration est seul indiqué par Tiffeneau, qui écrit à propos du protoxyde d'azote: «Quoique carburant, comme l'oxygène, ce gaz est impropre aux combustions dans les organismes vivants. Son action anesthésique, comme celle des autres gaz (éthylène, acétylène), n'est jamais profonde; elle n'amène qu'une disparition incomplète des réflexes et nécessite l'inhalation du gaz en nature, d'où état asphyxique dont on peut éviter les inconvénients, soit en limitant l'emploi de ce gaz aux anesthésies de courte durée, soit en procédant, toutes les deux ou trois minutes, à de courtes inhalations de gaz oxygène pur. On emploie dans ce cas un masque respiratoire alimenté à volonté par deux bouteilles métalliques, l'une de protoxyde d'azote, l'autre d'oxygène».

Des appareils munis d'un mélangeur (Martinaud) et de débitmètres ont été construits, mais on les considérait comme trop onéreux.

L'appareil de McKesson construit selon les indications de Waters aux États-Unis par Foregger n'était connu que par ouï-dire.

## témoignages

Le chlorure d'éthyle a été volontiers utilisé pour les interventions brèves, le masque de Camus servait à son administration. Un appareil dosimétrique avait été proposé pour utiliser le chlorure d'éthyle dans des opérations de longue durée. En dépit de cette multiplication de moyens, l'anesthésie restait du domaine des chirurgiens, qui entendaient bien en garder la direction, et seulement de rares médecins pratiquaient l'anesthésie. Cependant certains chirurgiens avaient souhaité la formation de médecins anesthésistes à l'instar des Anglais, mais leurs attitudes étaient restées ambiguës.

En 1934, le professeur Robert Monod a fondé une Société qu'il a appelée «Société d'études sur l'anesthésie et l'analgésie». Lors de la première réunion, il déclarait: «l'objectif de la nouvelle société n'est pas de devenir une société d'anesthésistes». Ce principe est confirmé par la sélection des membres. On ne trouve que quatre anesthésistes parmi les cent titulaires de la nouvelle société: MM. Amiot, Chenot, Jacquot, et Schlissinger. Ce dernier devait mourir la même année en 1934. L'année suivante deux membres correspondants anesthésistes sont élus, les Drs J. Boureau et Dautreberte. L'effectif de la Société était bientôt porté de cent à cent vingt, l'un des rares membres anesthésistes, le Dr Bourbon, collaborateur attitré du Pr Hartmann, était élu membre d'honneur. Un seul de ces premiers médecins anesthésistes parisiens est aujourd'hui en vie, c'est le Dr Jacques Boureau.

De toute évidence, les chirurgiens de renom savaient apprécier le concours d'un anesthésiste compétent, dont le rôle était limité à la seule réalisation de l'anesthésie. Il voyait rarement le malade avant l'opération et après. Le chirurgien fixait ses honoraires. L'anesthésiste venait sur appel des chirurgiens. Sa pratique était nécessairement itinérante. Celui qui travaillait pour plusieurs chirurgiens allait de clinique en clinique. Le travail à l'hôpital était bénévole. Presque tous exerçaient la médecine générale et ne consacraient qu'une partie de leur activité à l'anesthésie.

## anesthésie d'hier

Faute d'une entente concernant des postes hospitaliers, les chirurgiens s'étaient également intéressés à d'autres solutions. En 1936, lors d'un conseil de direction de la Société, le Pr Monod déclare: «Notre Société s'est occupée de l'installation à Paris d'un poste d'anesthésiste d'urgence. Une liste d'anesthésistes avec notification de leur compétence pour telle ou telle méthode d'anesthésie sera établie. Il est question de rattacher ce «service» à celui de la transfusion». Les guillemets pour «service» traduisent une prévention qui se manifesterait encore bien plus tard.

Les membres du conseil demandent au directeur général de l'Assistance publique de Paris la création de postes hospitaliers d'anesthésistes, mais n'envisagent pas leur formation. Ils s'associent au Service de santé des armées pour chercher des anesthésistes pour les hôpitaux militaires et les ambulances. Comme ils n'en trouvent pas parmi les médecins mobilisés, ils en concluent paradoxalement qu'il est urgent de former des infirmières anesthésistes.

Ce n'est qu'en 1939, qu'ils organisent à la faculté de médecine de Paris, à la chaire de pharmacologie, un premier cours d'anesthésie en treize leçons. Des sept anesthésistes alors membres titulaires de la Société d'anesthésie aucun ne va contribuer à ces cours, qui seront entièrement dispensés par des chirurgiens. Lavoine est le seul anesthésiste qui ait publié des monographies sur le protoxyde d'azote et sur le cyclopropane, les principales publications françaises d'avant-guerre ayant des chirurgiens pour auteurs: Dupuy de Frenelle, Forgue, et Maissonnet. La plupart des médecins-anesthésistes de l'époque semblent avoir pris leur parti de leur position de collaborateurs, serviteurs des chirurgiens, obligés qu'ils étaient de trouver d'autres activités médicales pour gagner leur vie.

C'était le cas du Dr Jacques Boureau: droit comme un i, le corps svelte, la démarche souple et l'œil vif, Jacques Boureau, né le 9 avril 1909, est resté très longtemps un fort bel homme. Il évoquait volontiers ses souvenirs. Son père, Maurice, avait

## témoignages

été externe dans le service de Terrier et ce dernier avait apprécié son talent d'anesthésiste, au point de le garder comme collaborateur jusqu'à la fin de sa carrière. Le successeur de Terrier, Antonin Gosset, avait conservé ce collaborateur précieux, tant pour les anesthésies à l'hôpital qu'en privé. À la mort de Maurice Boureau en 1930, son fils Jacques était étudiant en médecine et externe à la Salpêtrière, dans le service de Gosset. Sur le conseil de son patron, il finit ses études et reprend ensuite la place de son père. Il avait eu l'occasion de le voir travailler et de donner lui-même des anesthésies sous sa surveillance. C'est ainsi que Jacques Boureau a reçu un enseignement de l'anesthésie alors que les autres médecins-anesthésistes de son époque étaient autodidactes, par la force des choses. Il termine ses études de médecine en 1934, et présente une thèse qui a pour sujet: *L'anesthésie au tri-bromo-éthanol (Rectanol)*. Ayant effectué son service militaire entre 1933 et 1934, il est mobilisé à la déclaration de la guerre, comme anesthésiste dans une ambulance chirurgicale lourde implantée à Pont-à-Mousson, de septembre 1939 à août 1940. Il retourne alors à Paris où il reprend ses activités. En 1941, il devient chef de laboratoire du Pr Delay à l'hôpital Sainte-Anne et s'intéresse spécialement à la pratique de l'électrochoc, en effectuant simultanément l'anesthésie et le traitement électrique. Il publiera en 1980 une monographie: *La Sismothérapie moderne sous narcose et curarisation*, où il indique les moyens techniques et les modalités d'application de l'électrochoc. L'introduction par le Pr Deniker montre que les psychiatres s'en remettaient volontiers à l'anesthésiste pour l'exécution de l'électrochoc. Boureau s'en était fait une spécialité, allant de clinique en clinique à la demande des psychiatres. Dans sa monographie, il fait état de 100 000 anesthésies et électrochocs. Pendant ces années, il est assistant bénévole dans le service du Pr Gosset qui l'appelle pour ses malades de ville. Il en est de même pour les assistants du service et en premier lieu de Jacques Hepp.

## anesthésie d'hier

Parallèlement, Boureau exerce en tant que médecin généraliste et travaille, quelques heures par semaine, comme médecin chef du secteur maladie des assurances générales.

Pendant l'occupation, il rejoint d'autres anesthésistes dont Mlle Geneviève Delahaye, Marc Maroger et Lavoine qui se réunissent régulièrement, pour envisager les moyens d'améliorer la position des anesthésistes. Ces réflexions conduiront, après la guerre, à la création du Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs dont Boureau devient le premier président. Il occupera cette fonction pendant sept années. Boureau est par la suite associé par Monod à l'organisation d'un congrès international d'anesthésie qui s'est tenu à Paris en 1951. Cette réunion est le point de départ d'efforts qui conduisent à la création de la Fédération mondiale de sociétés d'anesthésistes qui a lieu quelques années plus tard à La Haye. Élu membre correspondant, puis titulaire de la Société d'anesthésie, il en devient le président en 1958.

Sa contemporaine, Mlle Delahaye, a l'avantage d'être plus titrée que lui. Elle possède une formation à la fois de médecin et de juriste. Elle fait à Paris, où elle est née en 1906, ses études de médecine. Externe des hôpitaux en 1927, interne en 1930, elle est nommée chef de clinique et soutient sa thèse en 1935. Elle commence son activité d'anesthésiste dans le service du Pr Bergeret à Saint-Antoine, travaille ensuite avec le Dr Servelle, puis avec Monod à l'hôpital Marie-Lannelongue en chirurgie thoracique. Elle a été élue membre de la Société d'anesthésie en 1937.

Avec sa frange à la Jeanne d'Arc, sa démarche rapide, sa silhouette trapue et ses gestes un peu brusques, elle surprenait dans ses rapports privés par sa sensibilité. Elle œuvrait pour la défense d'une anesthésie moderne et de son enseignement. Paradoxalement elle va soutenir le Dr Amiot qui est choisi comme candidat des « anciens », quand la faculté de médecine crée en 1958 la chaire d'anesthésie. Celle-ci sera finalement attribuée à Jean Baumann. Nommée assistant d'anesthésie



## témoignages

des hôpitaux de Paris en 1947 et médecin adjoint en 1957, elle est intégrée comme maître de conférences d'anesthésiologie et devient chef de service à la Pitié-Salpêtrière le 11 janvier 1965, poste qu'elle occupe jusqu'à son décès en 1971. C'est grâce à son mari, M. Plouvier, conseiller à la Cour des comptes, qu'elle a pu intervenir dans l'élaboration de la réglementation concernant le CES d'anesthésie-réanimation (CESAR) créé par arrêté du 22 novembre 1948. Elle sera secrétaire générale de la Société d'anesthésie de 1961 à 1967. En 1969, elle intervient au nom de la SFAAR auprès du comité interministériel chargé de la réforme hospitalière pour obtenir la pleine reconnaissance de l'anesthésiologie et la création de services. Comme pour Boureau, la carrière de Mlle Delahaye couvre aussi bien la période d'avant-guerre que celle de l'occupation, puis de l'après-guerre. Il en sera de même pour la plupart de ceux, actifs en 1939 au sein de la Société d'anesthésie, qui s'y retrouvent après la Libération.

L'effondrement militaire de 1940, le régime de Vichy, soutenu par la majorité du clergé, avec des représentants en médecine comme Leriche ou Carrel, coupent le pays de l'Angleterre et des États-Unis.

L'appel du général de Gaulle, la France libre et la résistance préparent des attitudes différentes.

Les activités de la Société qui avaient été suspendues en 1939 ne reprennent qu'en 1946.

Son initiateur et secrétaire général Monod avait participé à la résistance et s'était distingué par une entreprise des plus hasardeuses: il avait porté au quartier général du général Bradley, en passant à travers les lignes allemandes, la demande pressante d'aide de l'insurrection parisienne en août 1944. Ce message avait contribué à la décision de diriger la division blindée du général Leclerc au secours de Paris.

Pendant la guerre, les médecins-anesthésistes parisiens n'ont pas subi de pertes directes, contrairement à l'ensemble

## anesthésie d’hier

des médecins français, dont plus de mille ont payé de leur vie leur engagement dans la résistance et la France libre.

Lorsque le général de Gaulle entreprit, envers et contre tout, la constitution des Forces françaises libres en Grande-Bretagne en juin 1940, il fallut créer de toutes pièces le service de santé. Cette action fut d’abord centrée sur la reconstitution de l’ambulance chirurgicale Hadfield Spears. Cette ambulance, créée en France pendant la première guerre mondiale et reconstituée en 1939, avait été capturée par les Allemands en 1940. Grâce à l’énergie de Lady Spears, elle renaît en Angleterre.

Le médecin commandant Henri Fruchaud, professeur de chirurgie à l’École de médecine d’Angers, arrivé en Grande-Bretagne sur le même bateau que le personnel de l’ancienne ambulance, sera son premier chef après avoir dirigé le service de santé de la France libre. L’ambulance reçoit en outre le concours d’un groupe de Quakers.

En juillet et août 1940, seuls quatre médecins, un pharmacien, un sous-officier d’administration et un étudiant en médecine de retour de Norvège s’étaient ralliés au général de Gaulle. Parmi eux le Dr Henri Debidour dit Monrad, chirurgien, ancien interne des hôpitaux de Paris, deux médecins blessés à Dunkerque, le Dr Robert Garraud, médecin capitaine d’active (dit Jean Ray) et le Dr Henri Lebenthal (dit Bristol), médecin lieutenant de réserve, qui ont pris le parti de la France libre alors qu’ils étaient encore hospitalisés. En septembre 1940, Garraud-Ray remplace le Pr Fruchaud comme directeur du service de Santé.

Les Drs Lemanissier, jeunes mariés, lui phtisiologue, elle biologiste, avaient eu connaissance de l’appel du général de Gaulle dès le 18 juin 1940. Ayant trouvé une possibilité d’embarquement, le mari prend place sur un caboteur qui doit l’emmener vers l’Angleterre. Après avoir fait ses adieux à sa femme, il se retourne vers elle une dernière fois. Elle est en larmes, au bord du quai. Il lui crie alors « tu ne veux pas venir avec moi »? Elle acquiesce d’un signe de tête, et sans plus

## témoignages

réfléchir, il se jette à l'eau pour la retrouver ! Il manque cette première occasion de départ, mais plus tard, ils embarquent tous les deux sur *La Fleur d'Océan* et arrivent à Plymouth le 22 juin 1940. Louise-Marie Lemanissier est la première femme médecin lieutenant de l'armée française. C'est elle qui fut désignée pour prendre la fonction d'anesthésiste de la nouvelle ambulance Hadfield-Spears. Pour s'instruire, elle est autorisée à visiter divers hôpitaux de Londres pendant trois semaines. Il lui incombe de trouver l'équipement nécessaire. Cela s'avère difficile, car les Anglais avaient perdu le gros de leur matériel sanitaire à Dunkerque et devaient d'abord se rééquiper eux-mêmes. Par ailleurs, les appareils d'anesthésie en service dans les hôpitaux ne lui paraissaient pas convenir en campagne. Comme l'équipement sanitaire des troupes françaises engagées dans l'expédition de Norvège avait été ramené en Angleterre, elle put en obtenir l'utilisation.

C'est ainsi que la première médecin anesthésiste militaire française a donné des anesthésies à l'éther à l'aide de l'appareil d'Ombredanne pendant les campagnes auxquelles elle a participé, y compris la bataille de Bir-Hakeim. Après la guerre, elle abandonne complètement ses activités d'anesthésiste pour reprendre sa spécialité de biologiste.

En 1938, ayant terminé mes études à la faculté de médecine de Vienne et de Lausanne, je venais d'arriver en France. J'avais accompli une recherche sur les grands brûlés qui s'inspirait d'une étude publiée par des auteurs belges sous le titre *La mort des brûlés*. Ils attribuaient un rôle déterminant dans le décès à la résorption d'une toxine supposée se développer dans les tissus brûlés. Dans la perspective de poursuivre ces recherches, j'avais soumis ce projet à la direction du service de santé de l'armée et j'eus la chance d'être accueilli au laboratoire de l'hôpital Rothschild, dans le service d'hématologie du Pr Pierre-Paul Lévy.

Dès 1939 je m'engageais et je fus affecté à l'hôpital civil de Versailles dans l'unité «Z» destinée à soigner les victimes des

## anesthésie d’hier

gaz de combat. Je fis très vite une demande pour un poste plus actif, et je me retrouvais médecin dans une unité de « prestataires étrangers ». Après l’attaque de mai 1940, nous devons nous replier vers le Sud-Ouest. On nous a prévenus que si nous étions pris par les Allemands, nous serions fusillés. Aussi les longues marches épuisantes ne laissent guère de traînards ! Enfin embarqués dans un train, nous arrivons à Albi où je fus démobilisé en septembre 1940. Réfugié dans la Loire, je fis alors la connaissance d’éléments de ce qui allait devenir la Résistance et je réussis à trouver une filière pour passer en Espagne, d’où j’ai pu me rendre au Portugal en juin 1941. Ayant eu connaissance de l’appel du général de Gaulle, dès mon arrivée à Lisbonne, j’allais trouver son représentant pour me mettre à sa disposition. Obligé de quitter le Portugal avant d’avoir une réponse, j’ai pu rejoindre ma famille aux USA, où j’ai renouvelé mon engagement dans les Forces françaises libres.

À la suite du ralliement des îles de Saint-Pierre-et-Miquelon à la France Libre le 24 décembre 1941, les deux médecins des troupes coloniales en poste ont refusé de servir le nouveau régime et de soigner la population. Le médecin du sous-marin le *Surcouf*, l’un des bâtiments commandés par l’amiral Muselier venu à Saint-Pierre, le Dr René Le Bas, a alors assumé le service médical de l’hôpital. Il est resté à Saint-Pierre jusqu’au départ de son bâtiment avec lequel il devait disparaître le 19 février 1942. Il a pu être remplacé du 9 février au 10 juillet 1942 par le Dr Charles Coucke, médecin de 1<sup>re</sup> classe dans les Forces navales françaises libres, ancien interne des hôpitaux de Lille, auparavant médecin de l’avis colonial *Savorgnan de Brazza*.

Le Dr Coucke avait demandé de l’aide et c’est ainsi que je reçus mon affectation à Saint-Pierre-et-Miquelon en janvier 1942, mais ne réussis à y arriver, avec mon épouse, elle aussi engagée dans les Forces françaises libres, qu’au mois de mars. Le 5 juillet 1942, le médecin de 1<sup>re</sup> classe Monrad (Henri Debidour) arrive à son tour à Saint-Pierre, en tant que

## témoignages

médecin chef de l'hôpital. Il avait participé à la campagne de Norvège, sous les ordres du général Bethouard et, après un passage en Angleterre, avait été rapatrié en France d'où il devait repartir très rapidement pour rejoindre les Forces françaises libres. Bien qu'il ait été incorporé à l'origine dans les chasseurs alpins, c'est en médecin de marine qu'il fut affecté à la base navale de Saint-Pierre-et-Miquelon. Ancien interne des hôpitaux, il développa très vite une intense activité chirurgicale. Il fut convenu que je me chargerais de l'anesthésie à côté de mes diverses autres activités. Notre entente fut totale et notre amitié dura jusqu'à sa mort.

Le 8 août 1944, Debidour et moi-même sommes partis de Saint-Pierre-et-Miquelon pour l'Afrique du Nord.

Avant le ralliement du territoire, deux médecins des troupes coloniales et un médecin contractuel, le Dr Dunant, y avaient exercé. Après notre arrivée, ce dernier avait été désigné pour assurer la surveillance médicale des cinq cents habitants de l'île de Miquelon. Pour les médecins des colonies, le séjour à Saint-Pierre-et-Miquelon était autant l'occasion de se refaire une santé, après des postes éprouvants dans des climats difficiles, que de gagner un peu d'argent par les soins donnés aux habitants de l'île.

Les études anglaises concernant la santé publique, alors présentées dans le plan Beveridge, nous étaient connues. Le service de santé national britannique d'après-guerre en a résulté. Il comportait la gratuité des consultations. Il fut convenu que nous soignerions la population saint-pierraise sans demander d'honoraires. Cependant, nous avions assorti cette mesure d'une condition : tous ceux qui le pouvaient devaient venir consulter à l'hôpital où nous exercions, et les appels à domicile devaient être réduits au minimum. En décrétant la gratuité des soins, nous valorisons les efforts des Français libres en faveur de la population. De plus, il était utile de montrer aux Canadiens, qui étaient acquis au maréchal Pétain et regardaient les Français libres avec méfiance, sinon avec hostilité, que leurs préventions à notre

## anesthésie d’hier

égard n’étaient pas fondées. Ce dispositif de gratuité des soins, nouveau pour l’archipel, a été approuvé par l’administrateur du territoire, Alain Savary, jeune officier des FNFL, et confirmé par le commissaire aux colonies du comité national français de Londres, M. Pleven. J’ai soumis un rapport au sujet de cette expérience à ce dernier en 1943. Cependant cette mesure fut ressentie par la minorité plus aisée, essentiellement composée de commerçants, comme une brimade, et, comme dans cette couche de la population la France libre n’avait pas très bonne presse, aussi comme une manifestation politique.

Cinquante ans plus tard, mon engagement dans cette voie, sans doute bien intentionné, ne me paraît pas suffisamment réfléchi. L’expérience de la Sécurité sociale française égalitaire est à prendre en considération; les dépenses dépassent les limites raisonnables de l’investissement de l’État dans les soins de santé. Il vaudrait mieux insister sur la prévention que sur le traitement. De plus, la volonté de favoriser l’égalité sur le plan de la santé est mal comprise si elle s’applique exclusivement à une égalité précaire, les mêmes dépenses n’ayant pas le même poids selon le revenu des uns et des autres. Aujourd’hui on s’oriente plutôt vers une modulation de la participation des contribuables aux dépenses engagées par l’État. Le raisonnement peut et doit être tenu. C’est ainsi que nos hommes politiques en France avaient souhaité ne plus financer les soins rendus nécessaires par une exigence ou une contrainte des autres, chose qui paraît maintenant acceptable. Après la libération, j’ai proposé au ministre de la Santé d’appliquer ce système en France, proposition soutenue par le Dr Debidour, devenu président de la commission de la Santé à l’Assemblée. Le ministre communiste s’est opposé à une mesure qui risquait de diminuer la «volonté révolutionnaire» de la population. Cinquante ans plus tard, mes bonnes intentions me paraissent un peu naïves. Les difficultés de la Sécurité sociale, instaurée

## témoignages

par le général de Gaulle, sont là pour le montrer et le service national de Santé britannique n'a pas mieux réussi.

Pour m'instruire en matière d'anesthésie, j'avais pris, lors de mon arrivée à Saint-Pierre, des contacts au Canada. J'ai reçu du Dr Wesley Bourne une aide très appréciable et, comme premier document, le texte de sa conférence du 22 mai 1941. Ultérieurement des visites à la base navale américaine d'Argentia à Terre-Neuve m'ont permis l'obtention de divers équipements dont un laryngoscope. La lecture du *Naval Medical Bulletin* américain m'a été très fructueuse.

En deux années, trois cents opérations majeures ont été réalisées et un infirmier anesthésiste formé (Auguste Olano), qui a pu exercer en France métropolitaine après la guerre. J'ai pu employer assez largement le thiopental. Il s'agissait sans doute de sa première utilisation en territoire français.

Ce ne fut que des années plus tard que j'ai pu mettre à profit cette expérience de l'anesthésie.

En ordre chronologique, je pense avoir été le deuxième médecin des Forces françaises libres à m'occuper d'anesthésie.

Le retour des médecins de la France libre ayant connu les procédés et les moyens des armées alliées a contribué à la modernisation de l'anesthésie en France.

L'effort de changement n'a pas manqué de provoquer des antagonismes. Aux rénovateurs s'opposaient ceux qui étaient restés fidèles aux anciennes habitudes. Cela concernait aussi bien les méthodes d'anesthésie que les rapports entre chirurgiens et anesthésistes. La Société pour l'étude sur l'anesthésie avait repris son activité et la première assemblée générale d'après-guerre s'est tenue le 17 janvier 1946 sous la présidence de M. Rouvillois. Onze membres titulaires étaient présents. Quatorze membres titulaires ont été élus, parmi lesquels : J. Boureau et M. Crantin ainsi que Mlle de Lambert, tous trois anesthésistes. Parmi les membres du conseil de

## anesthésie d'hier

direction siégeaient deux anesthésistes, MM. Jacquot et Lavoine. Parmi ses cent vingt membres titulaires, la Société comptait dix-sept anesthésistes: mesdames Chevillon, Crantin, Delahaye, de Lambert, Piot, Thierry; messieurs Amiot, Boureau, Cara, Doutrebente, Jacquot, Kern, Lavoine, Maroger, Marotte, Simon.

Robert Monod, alors président de la Société, s'exprime ainsi lors de l'assemblée générale du 15 janvier 1948: «On nous a reproché, un peu avec raison, d'avoir fait une société trop savante, une société tournée vers la recherche et de n'avoir pas donné une part assez grande à la pratique... À ce point de vue, nous avons encore un très grand effort à faire, car, malgré la création de notre Société, malgré la revue que nous publions, il est certain que l'anesthésie n'a pas encore en France la situation qu'elle a à l'étranger, et notamment dans les pays anglo-saxons, et cela est très regrettable. Je parle évidemment d'abord en chirurgien: nous nous rendons compte actuellement qu'une des causes du grand retard, qui met aujourd'hui la chirurgie française en retrait par rapport aux autres pays, est justement le fait que la pratique de l'anesthésie n'est certainement pas ce qu'elle devrait être et n'a pas le degré de perfection qu'elle a atteint ailleurs».

Un certain nombre de chirurgiens partageaient l'avis de Monod sur le retard pris en matière d'anesthésie et la nécessité de suivre l'exemple des Anglo-Américains. D'autres n'entendaient pas changer leurs habitudes et certains anesthésistes partageaient leurs vues, ce qui favorisait le maintien du rôle directeur des chirurgiens.

Un passage des mémoires de Robert Merle d'Aubigné nous donne une idée de ce qui se passait alors dans les hôpitaux: «Il n'y avait pas d'anesthésiste, pas de réanimation. L'anesthésie était le plus souvent donnée tant par une infirmière ignorante que par l'interne en médecine aussi peu qualifié et d'ailleurs peu volontaire».

Merle d'Aubigné, pour sa part, s'était attaché, dès 1945, un anesthésiste qualifié, le Dr Ernest Kern. Il faisait partie,



## témoignages

comme moi, du très petit nombre de médecins ayant fait leur apprentissage de l'anesthésie pendant la guerre.

Il devint le véritable initiateur de la discipline en France.

Né en 1908 en Roumanie où son père enseignait les langues classiques, il était venu en France à l'âge de dix-huit ans. Après le baccalauréat et une année de PCB à Montpellier, il a fait sa médecine à la faculté de Paris. Naturalisé français, il est parti au service militaire, puis s'est installé, en 1933, comme médecin généraliste dans la Loire. C'est là qu'intervint sa première expérience de l'anesthésie. Ayant entendu parler d'un nouvel anesthésique intraveineux, mis au point en Allemagne sous le nom d'Évipan, le précurseur du thiopental, il eut l'occasion de l'expérimenter en chirurgie dentaire avec un certain succès. Cependant, à la troisième séance, la malade fit une apnée et il abandonna cette pratique. Plus tard, on considéra que la stomatologie était une contre-indication de l'anesthésie intraveineuse, à laquelle il devait par la suite consacrer son premier livre.

Albinos au teint clair et à la peau fragile, il était affecté par une myopie sévère, mais faisait montre d'un courage à toute épreuve pour surmonter tous ses handicaps. Quoique trapu et un peu pataud, il se lançait hardiment à l'assaut des hautes montagnes, ou bien dévalait sur les pistes neigeuses. Ses doigts boudinés et la maladresse due à sa myopie ne l'avaient pas empêché de choisir un métier où l'habileté manuelle est un atout. Bien qu'il ne fût pas aidé par son physique, cet homme était charmant et savait charmer : il aimait les femmes et plusieurs l'entourèrent et restèrent auprès de lui jusqu'à sa mort. Son odyssée pendant la guerre est exemplaire. Mobilisé en 1939, il est libéré l'année suivante. Interdit d'exercice de la médecine par les lois raciales de Vichy, il prend un emploi de comptable et s'engage tôt dans la Résistance. En 1943, son réseau étant trahi, il réussit à se cacher, puis à traverser les Pyrénées. Son périple l'amène d'abord dans une prison à Pampelune où il connaît la faim et la promiscuité à six dans une étroite cellule. Au bout de deux mois, sans aucune

## anesthésie d’hier

explication, il est transféré dans un village des Basses-Pyrénées où il est placé dans un hôtel en résidence surveillée, puis dans un village de Navarre, où les conditions matérielles sont supportables.

Enfin, il aboutit au camp de Miranda. Il s’était fait passer pour Canadien, comme la plupart des réfugiés venant de France et les Anglais obtiennent sa libération : il est envoyé à Gibraltar où on lui donne le choix entre un engagement chez Giraud ou chez de Gaulle. Il choisit les Forces françaises libres et il est acheminé en Grande-Bretagne où il obtient la permission de se former à l’anesthésie et d’effectuer des stages hospitaliers. Il se présente à l’examen pour le diplôme d’anesthésie (DA) en mai 1944. Il est envoyé sur le front de Normandie avant de connaître le résultat de l’examen. Il participe ensuite à la campagne d’Alsace et à l’occupation en Allemagne, avec la première armée française, et reçoit la Croix de guerre.

À l’occasion d’une permission, il visite la clinique universitaire chirurgicale d’Heidelberg où il recommande au chirurgien chef de service d’agir pour la formation de médecins anesthésistes.

À cette époque Kern va rencontrer Merle d’Aubigné, membre du comité médical de la Résistance dirigé par Pasteur Vallery-Radot. Il voulait organiser à Paris un service de chirurgie osseuse et réparatrice moderne et souhaitait s’assurer la collaboration de Kern, en tant qu’anesthésiste. Ce dernier, dans ses mémoires, décrit cette rencontre : « Je me trouvais en face d’un colonel de grande allure, haut de taille, mince, un profil aigu, l’œil ardent, les tempes légèrement grisonnantes. L’image d’un condottiere de la Renaissance ». Ce chirurgien des hôpitaux de Paris expose à cet anesthésiste inconnu son projet : « J’ai appris que vous étiez anesthésiste spécialisé en Angleterre, que vous possédiez le maniement des appareils modernes et que vous en aviez introduit l’usage à la Première armée française. Dans mon service, les anesthésies sont données d’une façon très archaïque par

## témoignages

rapport aux méthodes anglo-saxonnes que j'ai pu apprécier en visitant des hôpitaux militaires britanniques et américains... J'aimerais les introduire dans mon hôpital».

Et Kern de conclure: «Et voici comment, d'une conversation de cinq minutes, naquit une collaboration fructueuse qui dura plus de vingt ans».

Le projet de Merle d'Aubigné devait prendre forme et un Centre national de chirurgie réparatrice fut provisoirement installé à l'hôpital Léopold Bellan. C'est là que j'ai rencontré Kern pour la première fois et ce fut le début d'une amitié durable. Kern ayant pris son poste fit annoncer, en 1946, dans la *Presse Médicale* un cours d'anesthésie. C'était très inhabituel et cela n'a pas manqué de provoquer des réactions des médecins anesthésistes établis, qui craignaient que des nouveaux venus ne mettent en danger leurs situations. Kern écrit: «L'information fut donnée par la *Presse Médicale*, ce qui me valut l'hostilité de mes confrères anesthésistes de l'époque et une étrange convocation devant le Syndicat, où quelques membres exprimèrent leur opposition à mon initiative. Je passai outre».

Le service de Merle d'Aubigné fut très vite transféré à l'hôpital Foch, où il fut joint à celui de chirurgie maxillo-faciale du médecin-colonel Ginestet.

Comme j'avais été détaché à la direction du service de Santé de la région militaire avec pour mission d'assister le médecin colonel (plus tard général) Imbert, désigné comme médecin chef de l'hôpital Foch, je pus participer à l'enseignement instauré par Kern dans cet hôpital. Il comportait une partie pratique en salle d'opération et au lit des malades dont l'état nécessitait des soins particuliers. Kern se chargeait des cours d'anesthésie. En raison de la création d'un service de brûlés à l'hôpital Foch, je m'intéressais à nouveau à ce sujet et me chargeais de l'enseignement de la réanimation. Toutes les semaines une leçon d'anesthésie et une de réanimation avaient lieu; elles étaient toujours suivies d'une discussion. Nous couvrons les principaux sujets au

## anesthésie d'hier

cours d'une année. À l'exception de quelques médecins affectés à l'hôpital Foch en tant que militaires, les intéressés venaient librement, en consacrant quelques jours à leur formation. En 1949, la réquisition de l'hôpital Foch fut levée et l'établissement repris par les fondateurs, qui le louaient à la SNCF.

Le service fut transféré à l'hôpital Cochin où Merle d'Aubigné succédait au titulaire de la chaire de chirurgie orthopédique. Kern et moi suivîmes, lui comme assistant d'anesthésie, moi comme chef de laboratoire à la faculté.

C'est le 13 janvier 1949 que je fus élu membre correspondant national de la Société d'étude sur l'anesthésie et l'analgésie, puis titulaire en 1952, et enfin membre honoraire en 1982 de ce qui était devenu la SFAR.

L'Assistance publique de Paris avait décidé, par un arrêté du 12 novembre 1947, la création de postes d'assistants et de chefs de service d'anesthésie, postes à pourvoir par des concours sur épreuves. En fait, deux concours sur titres (15 novembre 1947 et 28 février 1949) ont été organisés, afin de pourvoir trente places d'assistants. Seulement vingt-six postes l'ont été. Chaque service de chirurgie, de spécialité (ORL, stomatologie) ou de maternité avait droit à un assistant d'anesthésie. Ces assistants étaient nommés pour un an et groupés par secteurs comportant six postes pour assurer la garde. Les assistants devaient recevoir l'investiture d'un chef de service de chirurgie pour obtenir une affectation, sans laquelle ils restaient à la disposition de l'administration; les postes de chef anesthésiste n'ont pas été créés. La dotation budgétaire initiale attribuée à la création du cadre d'anesthésistes a été réduite pour tenir compte de la situation réelle. Les rémunérations étaient identiques à celles des assistants d'autres disciplines et avaient un caractère symbolique: il ne s'agissait pas de temps plein, ni d'une rémunération permettant de vivre! Pour leur subsistance, les assistants d'anesthésie comptaient sur l'activité privée du chef de service et de ses assistants.

## témoignages

Kern prit ses fonctions d'assistant d'anesthésiologie des hôpitaux de Paris à l'hôpital Cochin à la clinique de chirurgie orthopédique, tout en continuant à travailler en clientèle de ville avec Merle d'Aubigné. Dans ses mémoires, il raconte comment on le réglait au début: «Avec un suprême dédain, la sœur régnant sur les salles d'opérations me lança une pièce de cent francs anciens... la somme qu'elle avait l'habitude d'allouer, à la fin de chaque anesthésie, au garçon de salle qui traditionnellement tenait le masque d'Ombredanne. Or cette anesthésie (par le cyclopropane) m'était revenue cinq fois plus cher».

Quant à moi, j'avais été reçu au concours d'assistant d'anesthésiologie des hôpitaux de Paris en 1949 et nommé, à ce titre, dans la maternité dirigée par le Dr J. Grasset à l'hôpital Foch. Mon intérêt pour les brûlés a repris corps, lorsque j'ai été en contact à Foch avec un chirurgien, madame le Dr Madeleine Zimmer, qui avait servi pendant la guerre comme capitaine dans la première armée française, sous le général de Lattre de Tassigny (Rhin et Danube). C'était une Alsacienne passionnée: elle était chirurgienne, ce qui ne manquait pas de surprendre à l'époque pour une femme. Sa longue silhouette et ses traits burinés masquaient sous un aspect énergique un cœur d'or et une grande disponibilité. Alors que j'étais encore militaire, eut lieu une catastrophe minière dans la Ruhr et le gouvernement français, à la demande des Allemands, décida d'y envoyer des secours. Je fus désigné, et j'y allais avec le Dr Zimmer, et du personnel de l'armée. Nous avons eu à soigner plus d'une centaine de brûlés, dont beaucoup avaient subi des brûlures de grande gravité. Le gouvernement allemand reconnaissant nous invita à un vin d'honneur. Le ministre du Travail y fit un beau discours en allemand. Je me penchai vers le Dr Zimmer et lui glissai: «Qu'est-ce qu'on fait s'il veut nous décorer?» Elle me répondit du tac au tac: «On se tire!».

L'intervention dans la Ruhr a conduit par la suite le Dr Zimmer, avec laquelle je m'étais lié d'une amitié durable, à

## anesthésie d’hier

cesser sa pratique chirurgicale au profit d’une fonction au siège des Charbonnages de France en tant que médecin. Nous avons ainsi animé ensemble le service des brûlés attaché à celui de chirurgie réparatrice du Pr Merle d’Aubigné à l’hôpital Foch et nous avons constitué, ensemble encore, une équipe mobile pour intervenir dans les accidents collectifs dans les mines et dans l’industrie pétrolière.

Lorsque la partie militaire de l’hôpital Foch a cessé de fonctionner en 1949, il a été décidé de mettre sur pied un centre de traitement des brûlés à l’hôpital Cochin lorsque les circonstances le permettraient, ce qui a été effectivement le cas quelques années plus tard.

L’activité au centre des brûlés à l’hôpital Foch nous a amenés à nous interroger sur la valeur d’un traitement, à l’époque prôné par Henri Laborit: l’hibernation des brûlés. Disons simplement que le jugement porté par un chirurgien de Paris, le Dr Raymond Vilain, nous a paru judicieux: «qu’il valait mieux brûler un hiberné qu’hiberner un brûlé». Plus tard, l’étude dans l’unité d’une salle de brûlés à l’hôpital Cochin a confirmé que les troubles métaboliques observés chez les brûlés, qui sont d’une grande gravité, pouvaient être atténués, non pas par l’abaissement de la température corporelle, mais par l’augmentation de la température ambiante pour éviter à l’organisme la perte de chaleur.

J’avais obtenu le diplôme d’anesthésie, puis la qualification en biologie médicale. Comme l’Ordre des médecins admettait à l’époque que ces deux disciplines n’étaient pas exclusives, j’ai pu créer un laboratoire d’analyses dès la fin de ma convention militaire. Quand il a fallu opter pour l’une d’elles, j’ai choisi l’anesthésiologie, abandonnant la biologie. Après une courte collaboration avec le gynécologue accoucheur Maurice Meyer, je fis la connaissance, chez le Dr Kern, du chirurgien urologue Pierre Aboulker, qui commençait tout juste cette pratique en clientèle privée et cherchait un anesthésiste. De cette rencontre a résulté une collaboration qui a duré pendant vingt-cinq ans, jusqu’à la

## témoignages

mort d'Aboulker en 1969. Cet homme d'une grande courtoisie et d'un physique très distingué était né en Algérie, où son cousin José Aboulker, Compagnon de la Libération, avait joué un grand rôle lors du débarquement allié.

Le Dr Aboulker, alors assistant du Dr Gouverneur, chef de service à l'hôpital Necker, m'a introduit auprès de ce dernier. Les fonctions hospitalières n'étaient pas à temps plein à l'époque. Le Dr Aboulker changea de service pour aller à Lariboisière, où je l'ai suivi, puis à Saint-Louis où il devint chef de service en 1970. Enfin, nommé professeur, il succéda au Pr Fay à Cochin. Il a eu très vite une assez bonne clientèle privée. Il exerçait tant à la clinique Ambroise-Paré de Neuilly qu'à l'hôpital Américain.

L'hôpital Cochin est un établissement pavillonnaire. S'y trouvent rattachées les maternités et, sur le plan administratif



Pierre Aboulker et Jean Lassner

## anesthésie d'hier

universitaire, également l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, qui possède une maternité et un service de chirurgie pédiatrique, ainsi que l'hôpital Sainte-Anne, établissement psychiatrique. Ce dernier dessert en même temps l'ensemble des institutions psychiatriques de la région parisienne pour les soins chirurgicaux des malades mentaux et a également une importante installation de neurochirurgie et de chirurgie stéréotaxique. Pendant un certain temps, un hôpital de la périphérie parisienne, celui de Longjumeau, était rattaché à Cochin-Port-Royal.

Avant la création des départements universitaires et hospitalo-universitaires d'anesthésiologie, il n'existait aucune implantation matérielle pour un tel département à l'hôpital Cochin. Lorsque le Dr Kern a été nommé chef de ce département, il était déjà souffrant et n'avait pas envie d'engager une discussion difficile avec l'administration pour changer cet état de choses. Par ailleurs, les services des diverses disciplines en relation avec l'anesthésiologie constituaient au sein de l'hôpital des entités autonomes et il y avait peu de relations entre elles, aucune, en tout cas, en matière d'anesthésiologie. En effet, les anesthésistes des services qui avaient, depuis la création en 1948, des fonctions d'assistant d'anesthésiologie des hôpitaux, vivaient en autonomie dans leurs services respectifs et dans des relations de collaboration avec les chirurgiens. Ainsi donc, le Dr Kern s'était vu confiné dans un petit bureau du pavillon de chirurgie orthopédique et réparatrice.

Pendant l'année 1968-1969 et la maladie du Dr Kern j'avais intégralement respecté la situation, d'autant plus que j'avais présenté au Pr Merle d'Aubigné ce remplacement comme une obligation vis-à-vis de mon ami Kern plutôt qu'une décision de changement d'orientation professionnelle. Je souhaitais garder ma liberté et me considérais comme trop âgé pour entreprendre une carrière hospitalo-universitaire.

Les remous de l'année 1968 et les conséquences en 1969 pour l'organisation de l'anesthésiologie, plus spécialement les



## témoignages

craintes du Pr Vourc'h pour sa position au sein des départements universitaires parisiens, m'ont finalement conduit à postuler le poste de chef du département d'anesthésie de l'hôpital Cochin, alors qu'un autre candidat, que j'avais d'ailleurs fait connaître dans l'hôpital, s'était déjà présenté.

Une fois ma nomination intervenue, j'ai résolu d'apporter à la fonction de chef de département les signes extérieurs de chefferie, et, en premier lieu, une implantation matérielle au sein de l'hôpital. Les pavillons de l'hôpital étant autant de petits royaumes de chefs de service des différentes spécialités, il m'a fallu trouver un endroit hors de ces enceintes. Par un heureux concours de circonstances, des locaux situés dans le cloître de Port-Royal, dans l'enceinte de l'hôpital Cochin-Port-Royal, sont devenus disponibles et ont pu être aménagés. L'autre étape a été la réalisation pratique, et en quelque sorte quotidienne, de la cohésion entre les anesthésistes de l'ensemble des établissements concernés. J'ai donné à cette conception d'ensemble une marque en réunissant des anesthésistes une fois par semaine. L'autre réunion était constituée par les «vendredis» de l'hôpital Cochin destinés à l'enseignement et surtout à la discussion.

À partir des années 1970 l'augmentation de l'intérêt pour la discipline de la chirurgie s'est traduite par un afflux considérable de jeunes médecins voulant s'engager dans cette voie. Jusqu'alors, la plupart des étudiants s'étaient en quelque sorte spontanément associés à tel ou tel groupe, car chaque pavillon chirurgical possédait son petit groupe d'anesthésistes. Le responsable était généralement celui qui collaborait aussi bien à l'hôpital que dans le secteur privé avec le chirurgien en chef.

Dans les deux domaines, il a fallu innover. En premier lieu j'ai tenu à faire ressortir la cohésion dans le domaine de l'anesthésiologie, en tant qu'élément de niveau supérieur à cette sorte de subordination de l'anesthésiste attiré du chef de service de chirurgie. Pour cela, il a fallu, entre autres,

## anesthésie d'hier

procéder à des déplacements de personnes, ce qui n'a pu se faire qu'au prix de sérieuses difficultés et de quelques heurts. Une autre mesure a été la participation de l'ensemble des anesthésistes en poste à l'enseignement. Je le voyais surtout en tant que coopération aussi à l'égard des chirurgiens et je le voulais sur le plan pratique dans la forme de l'apprentissage. Chaque débutant dans la discipline, qui avait choisi le département de l'hôpital Cochin, était reçu et instruit par moi-même dans les principes de la formation que j'entendais appliquer. Je voulais faire du souci du patient et de la relation de l'anesthésiste avec le malade chirurgical le centre des préoccupations. Cela coïncidait bien avec l'orientation que Kern avait donnée à la formation des élèves. Aussi bien pour les anesthésistes en poste que pour les nouveaux venus, j'ai institué un système de partenariat entre chacun des étudiants et un des anesthésistes confirmés, chargé de faire sa connaissance. Je leur indiquais que, sauf mésentente, qu'ils étaient invités à me faire connaître aussitôt, ils resteraient ensemble pour une période de six mois. Par ailleurs, le souci de la sécurité des malades m'avait fait décider que les deux premiers mois de leur stage, les nouveaux venus resteraient spectateurs seulement et chargés uniquement d'assister l'anesthésiste qui les avait pris en charge. Par la suite, ils feraient leurs premiers pas sous le contrôle permanent de leur mentor. Pour participer à la garde, où ils travaillaient nécessairement seuls, on n'admettait les jeunes anesthésistes qu'après l'accomplissement de leur première année de formation et sous réserve de l'approbation des anesthésistes en titre avec lesquels ils avaient travaillé continuellement pendant six mois. Puis, on faisait parcourir au jeune étudiant les différentes disciplines chirurgicales avec leurs exigences particulières concernant l'anesthésie. Les services chirurgicaux, où l'anesthésie avait une place particulière, servaient au stage de la première année. Parmi ces stages, l'un se faisait en urologie, où les techniques de l'anesthésie rachidienne et péridurale étaient plus souvent employées que dans les autres. Un arrangement avec l'hôpital Sainte-Anne permettait des

## témoignages

stages en neurochirurgie et une entente avec le Pr Noviant, à une certaine date tout au moins, leur permettait de se familiariser avec la chirurgie thoracique et pulmonaire à l'hôpital Marie-Lannelongue.

Une difficulté spécifique concernait la réanimation chirurgicale. Le service de chirurgie générale avait finalement été réorganisé et des locaux de réanimation aménagés. Toutefois une unité de réanimation chirurgicale était administrativement rattachée aux services de chirurgie avec lesquels un arrangement de collaboration avec l'anesthésie a pu être établi. En fait, c'étaient bien les anesthésistes qui avaient été chargés de l'existence d'une unité de réanimation polyvalente dans l'établissement. C'était un acquis de l'établissement et il a fallu nécessairement le respecter. Cela a limité notre position vers la réanimation chirurgicale autonome, rattachée au département, qu'ultérieurement les règlements ont prévu. Les unités de réanimation chirurgicale ont par la suite été installées à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul pour la pédiatrie et à l'hôpital Sainte-Anne pour une chirurgie et les urgences médicales de l'établissement.

L'implantation de médecins anesthésistes dans les maternités s'est faite avec un certain retard. Comme je l'ai déjà mentionné, le dispositif des sages-femmes anesthésistes créé dès les années cinquante a été remplacé par la constitution d'un corps d'anesthésistes et aussi par la suite d'une analgésie obstétricale spécifique. La venue dans le département du Dr Barrier a beaucoup aidé à cette évolution. Il en a été de même pour l'anesthésie pédiatrique, à partir du moment où le Dr Saint-Maurice a pris en charge l'anesthésie à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. La rotation des médecins en voie de formation dans ces disciplines est alors devenue possible. La nomination de Mme Meignan comme chef du service d'anesthésie de l'hôpital Sainte-Anne a également permis la réforme de l'anesthésie pour l'électro-convulsivothérapie.

La fonction d'assistant d'anesthésie comportait l'obligation de prendre la garde une fois par mois. Cette garde concernait,

## anesthésie d'hier

au début, l'ensemble des hôpitaux de Paris. Le nombre des appareils d'anesthésie était alors très faible. C'est pourquoi un appareil était installé dans la voiture du chirurgien de garde, voiture qui devait également assurer le transport de l'anesthésiste. En fait, le chirurgien renonçait souvent à venir chercher l'anesthésiste, surtout si celui-ci habitait loin de l'hôpital qui appelait. Seul un tiers environ des appels adressés au chirurgien faisait l'objet d'un recours à l'anesthésiste. Il faut dire que le matériel installé dans sa voiture (y compris les obus des gaz), soumis à de trop nombreux déplacements, ne se trouvait pas toujours en état de fonctionnement correct. C'était un appareil de marque Heidbrink, datant de 1934, hérité des surplus de l'armée américaine, qu'il fallait sortir de sa caisse et remonter. Les surplus vendus par l'armée américaine à bas prix permettaient aux cliniques et aux anesthésistes de s'en procurer. Toutefois le service de garde constituait évidemment un certain progrès. À côté des Heidbrink, on trouvait des appareils Foregger, également des années trente. Les seringues et les aiguilles américaines étaient très supérieures aux françaises. Le plasma déshydraté (lyophilisé) avait connu aux armées un emploi très large et se trouvait sur le marché après la guerre. Assez vite des anesthésistes ont contribué à la construction d'appareils d'anesthésie et de respirateurs.

À Paris, R. Alluaume a été le premier à construire une machine, appelée «Pulmomoteur», pour l'insufflation pulmonaire. Cet appareil permettait de régler et le volume insufflé et la fréquence des insufflations. Beaucoup d'anesthésistes préféraient respecter un minimum de respiration spontanée en cours d'anesthésie et assister la respiration par la compression du ballon réservoir (respiration assistée). Les premiers respirateurs imposaient la respiration contrôlée. Selon les uns, cela privait les anesthésistes d'un contact avec le malade, selon les autres, cela les libérait pour d'autres gestes. Initialement, c'étaient les anesthésistes qui achetaient leur équipement; bientôt nombre

## témoignages

de cliniques se dotèrent de matériel moderne. Les hôpitaux publics le firent avec plus de lenteur.

Les médecins chargés à l'armée de la réanimation des blessés (réanimateurs-transfuseurs), revenus à la vie civile, choisissaient soit l'anesthésie-réanimation, soit l'hémo-biologie-transfusion, cette dernière voie ayant la faveur de la majorité. Le centre de transfusion de Paris, à l'hôpital Saint-Antoine (Dr André avec des collaborateurs comme Dausset ou Bessis), fut doublé, à l'initiative du Dr Arnaud Tzanck, d'un Centre national de transfusion installé dans un garage réquisitionné, rue Alexandre Cabanel, où la dessiccation et le fractionnement du plasma étaient entrepris. Le Dr Tzanck était à la fois hématologue et dermatologue. Il a été l'inventeur d'un dispositif de transfusion directe, la seringue qui porte son nom. Musicien, curieux de tout, c'était un personnage attachant, haut en couleurs. Son fils, René, a dirigé l'une des banques de sang des hôpitaux de Paris.

L'armée avait créé sa propre institution transfusionnelle à l'hôpital Percy de Clamart, sous la direction du médecin colonel Julliard, continuant les efforts entrepris à Alger par le Pr Benhamou. Le Dr Kern avait apporté d'Angleterre un appareil d'anesthésie King, de faible encombrement, et il s'en servait dans les cliniques où il travaillait. On trouvait des débitmètres pour les divers gaz grâce au producteur de l'oxygène et du protoxyde d'azote, la Compagnie Air Liquide.

En réunissant les débitmètres nécessaires, j'avais réalisé un appareil d'anesthésie pour mon usage personnel. Il permettait d'administrer du protoxyde d'azote et du cyclopropane. L'absorption du gaz carbonique se faisait par le dispositif de Waters. Après l'introduction de l'halothane, j'ai ajouté un vaporisateur, ce qui rendait l'ensemble moins facilement transportable. Bientôt cela devint inutile, car les cliniques chirurgicales se dotaient d'appareils. Une production française d'équipements a commencé assez vite, sous le sigle AMP (appareillages médicaux de précision). Un appareil d'anesthésie a été mis en vente, suivi d'un autre mis au point

## anesthésie d'hier

par un chirurgien (Dr Sabourin). Par la suite des tubulures en matière plastique, à usage unique, sont venues remplacer les traditionnels tuyaux en caoutchouc. Le conditionnement des solutés pour perfusion importés d'Amérique connut un tel succès, que la marque Baxter en devint le synonyme: un Baxter égalait un flacon de soluté intraveineux. En effet, leurs équivalents français dits «solutés massifs» en ampoules de verre effilées n'étaient pas compétitifs. L'élimination des corps microbiens détruits par la stérilisation évitait dès lors les réactions fébriles très fréquentes auparavant.

\* \*  
\*

La carrière hospitalière des anesthésistes restait très limitée. En 1953, des postes de médecins adjoints d'anesthésiologie des hôpitaux de Paris ont été créés faute d'acceptation d'une chefferie de service pour la discipline. Le Dr Kern a de bonnes chances d'être nommé, d'autant plus que figure au jury, en remplacement de M. Quénu, M. Merle d'Aubigné. Effectivement, après les épreuves écrites, il est admissible avec de bonnes notes. Mais, à l'oral, probablement trompé par sa mauvaise vue, il traite de «Hyperventilation pulmonaire sous anesthésie» alors que le sujet est «Hypoventilation...». Merle d'Aubigné n'ayant rien fait pour le remettre dans la bonne voie, il n'obtient pas de note à cette épreuve et n'est pas reçu, bien qu'ayant obtenu 20/20 à l'épreuve de titres. Lorsqu'une nouvelle possibilité lui sera offerte en 1960, il sera nommé médecin adjoint des hôpitaux de Paris, titre qui devait du reste être supprimé peu après.

Après la réforme hospitalo-universitaire de 1958, il fut nommé, en 1962, au concours d'agrégation puis intégré en tant que maître de conférences agrégé par arrêté du 7 mai 1963. Il devint chef du département d'anesthésiologie de l'hôpital Cochin en 1966.

Pour Kern, l'enseignement était une vocation. «Enseigner me procurait de grandes satisfactions. En cela il me suffisait

## témoignages

d'exploiter un don que m'ont légué mes parents, l'un et l'autre professeurs». Le talent de Kern pour enseigner se trouvait dans la simplification des questions et dans la clarté de l'exposé. Il s'y exerça aussi bien dans l'enseignement libre qu'il avait institué à Léopold-Bellan, puis à Foch et à Cochin, où les cours avaient été remplacés par des conférences hebdomadaires suivies de discussions, que plus tard, lors de l'enseignement dispensé à la faculté de médecine de Paris.

Tel Sancho Pança, il avait pour le Don Quichotte Merle d'Aubigné un attachement illimité, celui d'un collaborateur pour son patron. Leur passion commune pour l'alpinisme permettait un certain rapprochement. Leur relation resta toujours dans les limites imposées par la dépendance, qui dura jusqu'à la mort de Kern.

Dans deux monographies, publiés chez Masson, Kern a donné les bases scientifiques et les règles d'un emploi pratique du Pentothal et du curare, dont l'introduction avait rencontré de vives oppositions. Pour Griffith et Johnson, les initiateurs en 1942, le curare (l'intocostrine de Squibb puis la d-tubocurarine cristallisée par King) a paru d'abord un simple adjuvant pour faciliter le relâchement abdominal. Les risques inhérents à l'usage du curare n'étaient pas clairement établis. Des controverses célèbres ont opposé défenseurs et adversaires de son emploi. Pour Frankis T. Evans, qui résumait l'expérience anglaise des trois premières années, le curare constituait un grand progrès. Mais il ajoute qu'il faut attendre pour déterminer sa place en pratique. Dans sa monographie Kern conclut que «le curare est un agent d'une valeur exceptionnelle dont les indications en anesthésie sont nombreuses». Il constate que «les contre-indications à la curarisation sont rares. Elles sont avant tout d'ordre technique: manque de matériel d'insufflation, absence d'un anesthésiste qualifié». Dans son autobiographie, il relate cependant un événement qui aurait pu faire saisir un autre aspect de l'innovation. Il raconte: «Lorsqu'en 1946, je présentais pour la première fois à la Société française

## anesthésie d’hier

d’anesthésie, une communication sur la respiration contrôlée, le président de cette assemblée, un honorable vieillard, se leva et dit: “Dieu a donné à l’homme le souffle, Dieu seul a le droit de le lui ôter. Je conteste à tout homme et à tout anesthésiste ce droit. Celui qui agit ainsi commet un acte sacrilège». Cette objection visait l’intervention délibérée dans les fonctions vitales, alors que l’anesthésiste devait selon la tradition les respecter et veiller à ce que son action ne les compromette pas. En fait, l’introduction du curare signifiait un changement radical de l’attitude de l’anesthésiste. À la place de la constante attention pour détecter une éventuelle atteinte à la respiration ou à la circulation par l’anesthésie, l’anesthésiste arrêta volontairement la respiration. L’enquête que nous avons menée, Kern et moi, au sujet du Flaxédil (gallamine) devait révéler que certains considéraient cet ajout comme cyanogène. Les «pousses-seringue» comme on nommait – par dérision – les tenants de l’anesthésie intraveineuse, devenaient (par le curare) des «ballonneurs», terme utilisé par mépris pour l’assistance respiratoire

L’intérêt pour l’hypotension provoquée, quelques années après l’introduction du curare, a accentué cette tendance interventionniste. L’acte opératoire était tellement facilité par le relâchement musculaire dans beaucoup d’interventions que les chirurgiens ne pouvaient guère contester la valeur de la méthode nouvelle et le mérite des anesthésistes. Pour l’anesthésie, se trouvaient distinguées trois composantes: l’action hypnotique obtenue par le barbiturate, le relâchement musculaire par le curare et une troisième par le morphinique en vogue que l’on désignait d’analgésique (la péthidine), recommandé par Neff, un Californien, en 1944. Si le protoxyde d’azote continuait à être employé par la plupart des anesthésistes, d’autres l’écartaient et pratiquaient une anesthésie strictement intraveineuse.

Peu avant la guerre, l’introduction d’un gaz anesthésique, le cyclopropane, produit coûteux et explosif, avait conduit à son emploi en système respiratoire clos, le bac à chaux de



## témoignages

Waters avec son ballon. Bien que d'utilisation peu commode, ce dispositif avait été adopté. Il permettait de corriger la dépression respiratoire provoquée par le cyclopropane en comprimant le ballon réservoir. Les appareils d'anesthésie bientôt disponibles permirent l'assistance ou la suppléance respiratoire indispensables lors de l'emploi du curare.

L'introduction du Pentothal (thiopental) n'a pas apporté de changement majeur dans la pratique. Ses avantages par rapport à l'Évipan n'étaient pas très importants. Cependant, on entretenait l'anesthésie par des injections intraveineuses répétées de Pentothal, alors que l'on n'utilisait l'Évipan qu'en injection unique, avant d'administrer l'éther.

L'introduction d'un nouvel agent inhalatoire, l'halothane, a bientôt remis l'anesthésie inhalatoire à l'honneur.

En 1946, Mme le Dr Nadia du Bouchet publie chez Flammarion son *Manuel d'Anesthésie*, premier ouvrage consacré à l'anesthésie moderne, en langue française, après la guerre. Née en 1898 en Biélorussie, elle était venue en France, avec ses parents, à l'âge de deux ans et avait fait, à Paris, ses études de médecine. Reçue à l'externat des hôpitaux, elle obtient le doctorat en 1931. Encore en cours d'étude, elle s'était mariée et avait eu deux enfants. Son mari tombant gravement malade, elle dut subvenir aux besoins de sa famille et s'installa en 1935 dans l'Eure, comme médecin de l'Inspection d'hygiène. Très distinguée, elle possédait une vive intelligence, et un grand charme: subtilité, courtoisie et culture musicale. Elle a fait preuve de clairvoyance et de fermeté pour organiser sa vie. Contrainte de cesser ses activités du fait des lois raciales de Vichy, elle part en décembre 1940 en Amérique avec ses deux enfants et y obtient un poste de résident en anesthésiologie à New York. En 1943, elle est qualifiée par le *Board of Anesthesiology*. Elle exerce alors à New York où elle rencontre, au lendemain de la Libération, le Pr Pasteur Vallery-Radot, président du comité médical de la Résistance, qui lui demande de revenir à Paris pour travailler avec le Pr de Gaudart d'Allaines. Elle

## anesthésie d’hier

accepte et organise le service d’anesthésie à l’hôpital Broussais, où se structure le premier service de chirurgie cardiaque de France. C’est là qu’elle prend l’initiative de former des anesthésistes.

Les conférences de Cochin, qui avaient pris la suite des séances d’enseignement instaurées à l’hôpital Foch en 1946, et qui étaient connues sous l’appellation des «vendredis de Cochin», ne furent pas les seules tentatives d’enseignement libre à Paris. Outre ceux de Broussais, d’autres cours similaires ont été organisés, d’abord par Pierre Huguenard à l’hôpital Vaugirard, puis par Claude Guilmet à l’hôpital Saint-Antoine. Celles de Cochin ont continué après la mort de Kern en 1969 ; je lui avais succédé, après l’avoir remplacé pendant sa longue maladie. Intégré «de principe» dans le système hospitalier universitaire depuis 1962, j’ai alors cessé l’exercice libéral et j’ai pris les fonctions de chef du département d’anesthésiologie de l’hôpital Cochin, poste que j’ai occupé jusqu’à mon départ à la retraite en 1982.

Jean Valletta participa à cet enseignement. Ernest Kern l’avait connu à Montpellier lors de son année de PCB (certificat de Physique, Chimie, Biologie). Issu d’une famille originaire de Malte, né le 5 mai 1910 à Tunis, il avait la nationalité britannique. En effet, son père, médecin à l’ambassade de Malte à Tunis, avait pu, grâce à une astuce administrative, le déclarer à sa naissance comme britannique. Ce choix lui rendra service quelques années plus tard ! Cette ouverture internationale ne l’empêcha pas de choisir une formation française, et il passe son baccalauréat en 1928 à Alger, puis le PCB à Montpellier, et enfin le doctorat en médecine à la faculté de médecine de Paris en 1930. Externe des hôpitaux en 1933, puis interne à l’hôpital du Bon-Secours il y exerça ses fonctions en chirurgie générale dans le service du Pr J. Quénu. En 1939, il s’engagea dans le premier régiment étranger. En 1940, il sert à l’hôpital complémentaire du Landy à St Ouen, comme chirurgien, sous la direction du Pr Vignes. Démobilisé à l’armistice, il

## témoignages

réussit à passer en Afrique du Nord en 1942 et est incorporé dans l'armée anglaise. Il participe aux campagnes en Afrique du Nord et en Italie. Après l'armistice en Italie, il est affecté en Tripolitaine. Démobilisé en 1946 avec le grade de capitaine, il est titulaire de l'*Africa Star*, de l'*Italy Medal* et de la Médaille britannique commémorative 1939-1945. Il revient à Paris et obtient finalement la naturalisation française. Grâce à une bourse, il passa deux années de formation en anesthésie chez le Pr R. Macintosh à Oxford. À son retour, nommé assistant d'anesthésie des Hôpitaux de Paris, il revient comme anesthésiste dans le service du Pr Quénu, alors chef de service à l'hôpital Cochin.

Dès les années cinquante, des auditeurs venaient écouter et participer aux discussions qui faisaient toujours partie des «vendredis de Cochin». Des personnalités telles que le



Octobre 1988  
Sir Robert Macintosh et Jean Lassner

## anesthésie d'hier

Dr Bonica des USA, Sir Robert Macintosh de Grande-Bretagne, et Bernard Halpern, entre autres, y ont participé.

Certains de ces auditeurs sont devenus professeurs dans leurs pays: Karl Steinbereithner à Vienne et Rudolf Frey à Heidelberg, puis à Mayence, où j'ai, par la suite, participé à l'enseignement qu'il avait mis sur pied.

Il faut revenir ici à l'anecdote concernant la permission de Kern en Allemagne. Un jour il reçut une lettre d'un jeune médecin allemand lui demandant de l'aider pour une formation d'anesthésiste qu'il souhaitait commencer à Paris; pour obtenir la permission d'y venir il lui fallait deux garants et Kern me demanda d'être son second. Quelque temps plus tard, un jeune homme, Rudolf Frey, arriva et resta pour un stage de six mois. Il se rendit ensuite à Oxford chez le Pr Macintosh auquel nous l'avions recommandé. Il finit sa formation à Boston aux USA et fut à son retour à Heidelberg le premier anesthésiste de rang universitaire. La permission de Kern avait porté ses fruits! Par la suite, devenu professeur à Mayence, il m'a invité comme professeur d'échange dans son service où j'ai passé plusieurs mois. Homme actif et aimable, Rudolf Frey a trouvé une mort précoce par suicide dans un épisode dépressif.

Les conférences organisées par les Drs Kern et du Bouchet, ainsi que leurs publications, avaient attiré un bon nombre de médecins vers la carrière d'anesthésiste. Cependant leur formation tant par l'enseignement libre que par l'enseignement universitaire n'aurait pas suffi à faire évoluer la pratique de l'anesthésie en France sans l'introduction par le général de Gaulle des lois sur la Sécurité sociale. Elles faisaient partie d'un volet politique concernant les relations sociales. C'est ainsi que, dès l'installation du gouvernement provisoire à Paris, est créé un ministère du Travail et de la Sécurité sociale et la première ordonnance portant l'organisation de la Sécurité sociale est prise le 4 octobre 1945. La première nomenclature des actes médicaux professionnels établie par la Sécurité sociale prévoit

## témoignages

bien des actes d'anesthésiologie donnant droit à remboursement, lorsqu'ils sont effectués par des médecins. Cette anesthésie est dite en «circuit fermé» par opposition aux moyens traditionnels. L'intubation trachéale est classée comme un acte distinct justifiant un supplément d'honoraires. L'acte chirurgical est honoré par une somme englobant la rémunération de l'aide et de l'auxiliaire chargé de l'anesthésie. La rétribution de cet auxiliaire est évaluée au dixième des honoraires du chirurgien. Si ce dernier a recours à un médecin anesthésiste (qu'il ne peut rémunérer lui-même, sous peine d'être accusé d'un partage d'honoraires), la Sécurité sociale lui attribue un honoraire égal au cinquième des honoraires du chirurgien. Elle retranche en même temps un dixième du remboursement de l'acte chirurgical. La rétribution de l'auxiliaire anesthésiste par le chirurgien n'atteignait guère le dixième, si bien que le chirurgien appelant un médecin anesthésiste se voyait pénalisé, et le recours à un anesthésiste médecin n'était guère encouragé!

Cette situation fut finalement changée. Les médecins comprenaient l'intérêt pour eux du nouveau système qui augmentait leur clientèle, mais ils craignaient la réglementation de leurs honoraires. Il a fallu un long combat par le Syndicat des anesthésistes, dans lequel le Dr Verhaeghe a joué un grand rôle, pour que les dispositions initiales soient remplacées par une nomenclature d'actes d'anesthésiologie indépendante de celle des chirurgiens. En 1948, bien que le nombre de médecins anesthésistes fût encore très faible, l'Ordre des médecins a reconnu la nouvelle discipline. Les intéressés pouvaient se déclarer spécialistes exclusifs ou compétents. Cette dernière option leur réservait le droit d'exercer, parallèlement à l'anesthésie, la médecine générale ou une autre discipline non exclusive. La plupart des anesthésistes préféraient la qualification de compétent pour garder leur liberté professionnelle.

Les conditions contractuelles hospitalières de l'anesthésiste posaient problème.

## anesthésie d'hier

L'acte anesthésique et para-anesthésique n'est jamais isolé. Il se justifie et se trouve associé à un acte médical, chirurgical ou de spécialité. On en a déduit une subordination des anesthésistes. À l'Assistance publique, le concours prévu pour des chefs de service d'anesthésie a été bloqué par l'opposition des chirurgiens et par le rapport présenté à ce sujet à la commission médicale consultative. Ce rapport affirmait que le malade anesthésié n'était que partiellement et temporairement sous la responsabilité de l'anesthésiste. Le lieu où l'anesthésiste exerçait son activité était dépendant d'un service dirigé par un chef de service. Le personnel hospitalier se trouvait placé sous son autorité et sa responsabilité. Des chefs de service d'anesthésiologie seraient donc des chefs de service inexistants, sans local, sans malades, sans personnel, sans responsabilité autonome. Il ne saurait par ailleurs être créé dans un service une dualité de direction. Le rapport visait plus les anesthésistes de l'époque que l'anesthésie. Ils n'étaient pas considérés comme des égaux par les chirurgiens. Ces derniers, anciens internes des hôpitaux, se considéraient comme supérieurs aux médecins et en particulier aux anesthésistes qui n'avaient pas présenté (ou réussi) le concours d'internat.

En 1958 interviendra la réforme hospitalo-universitaire, initiée par le Pr Robert Debré. Ses mémoires en relatent la difficile gestion. Il m'a été donné d'être invité par le professeur Debré, à deux reprises, pour l'informer des particularités de la discipline d'anesthésie. J'ai insisté sur deux points, trouvant que le schéma des services retenu par lui ne convenait pas à l'anesthésiologie. D'une part, les besoins cliniques allaient dominer et l'anesthésiologie était destinée à une expansion numérique importante. Par conséquent, le strict parallélisme des fonctions hospitalières et universitaires ne se justifiait pas. D'autre part, je pensais qu'il valait mieux séparer les tâches de soins, d'enseignement et de recherche, peu d'individus étant pareillement doués pour les trois. Une structure à l'anglaise, où chaque « praticien » (*consultant*)

## témoignages

contracte individuellement avec l'administration, aurait permis une plus grande souplesse. Ces observations n'ont pas trouvé d'écho.

Toutefois, un délai de réflexion concernant l'anesthésie a été décidé. Celui-ci n'a abouti qu'à la création d'un cadre hospitalier temporaire pour la majorité des anesthésiologistes, solution regrettable. La majorité des anesthésistes se trouvaient ainsi marginalisés et, en quelque sorte, déclassés, leurs études (CES) implicitement jugées inférieures à celles des internes (chirurgiens); la coupure entre la pratique hospitalière et la médecine de ville ne pouvait qu'être dommageable aux deux. Par la suite, la création d'un secteur privé à l'hôpital a augmenté substantiellement les émoluments d'un petit nombre de médecins hospitaliers, à l'exclusion des anesthésistes. Leurs rapports avec les chirurgiens en ont pâti. Les anesthésistes étaient tentés d'éviter le travail en équipe et de favoriser un certain



**Cochin 1964**

De gauche à droite: Pr Steg, Pr Robert Debré, René Brouillet, Michel Debré, Pr Aboulker, Pr Lassner.

## anesthésie d'hier

anonymat. Le contact personnel avec les malades et le sens de la responsabilité individuelle en ont été affectés. Une chaîne de soins a été mise en place, avec ses facilités et ses défauts. La pratique en groupe de l'anesthésiologie s'est propagée de l'hôpital aux cliniques privées, altérant les rapports médecins-malades. La séparation entre les anesthésistes mono et bi-appartenants (praticiens hospitaliers d'une part et hospitalo-universitaires de l'autre) a créé un climat délétère dans beaucoup de départements d'anesthésie universitaires.

Pour la discipline d'anesthésie, l'acquis le plus important a été l'égalité hiérarchique avec les autres disciplines, grâce aux chefferies de département. Par leur nombre, les anesthésistes jouent un rôle important dans toutes les instances administratives. L'adoption de l'internat qualifiant pour toutes les spécialités a mis fin à la discrimination des anesthésistes formés par la voie des CES, alors que les chirurgiens provenaient de l'internat. Elle a entraîné une réduction du nombre d'anesthésistes en formation et rapidement diminué l'effectif du corps des anesthésistes.

La démographie des anesthésistes français, très bien étudiée par Mme le Dr Pontone, se caractérise par l'entrée massive d'anesthésistes entre 1970 et 1980. Elle aura comme conséquence une sortie aussi massive trente ans plus tard. Comment pourra-t-on faire face à la réduction du nombre d'anesthésistes? Une réorganisation hospitalière pourrait, dans une certaine mesure, éviter une crise grave. Pour l'instant, cette réforme n'existe pas. Faudra-t-il abandonner certaines activités? Faudra-t-il adopter une voie de formation à part pour les anesthésistes? Faudra-t-il faire appel à des médecins anesthésistes étrangers ou confier de nouveau l'anesthésie à des auxiliaires? Cette dernière éventualité pourra être déguisée, en faisant travailler ces «auxiliaires» sous le contrôle d'un médecin anesthésiste. Les textes exigent aujourd'hui que «celui-ci doit pouvoir intervenir à tout moment»; il faudra donc trouver une rédaction moins



## témoignages

contraignante permettant à un anesthésiste de «surveiller» deux ou trois salles d'opération à la fois.

Il est probable que les anesthésistes tiendront à conserver leur activité de réanimation.

La reconnaissance de la fonction de réanimateurs des anesthésistes a été acquise avec difficulté. Le conflit avec les réanimateurs médicaux a trouvé, sinon une solution définitive, au moins un accommodement que reflète la dénomination de «département d'anesthésie-réanimation chirurgicale».

C'est au sein de la discipline d'anesthésie-réanimation que cette fonction justement prisée de réanimation peut poser problème, si le nombre d'anesthésistes continue à diminuer. Il en est de même des autres fonctions «hors de la salle d'opération».

Il est heureux que l'on ait pu conserver un rôle de direction aux anesthésistes dans les SAMU et SMUR, depuis qu'il n'est plus possible de couvrir les besoins en personnel sur le terrain à partir des membres des départements d'anesthésie.

\* \*  
\*

Nous avons évoqué les initiatives individuelles d'enseignement de l'anesthésie au lendemain de la Libération, il faut maintenant rendre compte des efforts officiels en vue de créer un enseignement.

C'est à l'initiative d'un chirurgien, Pierre Moulonguet, devenu titulaire de la chaire de technique chirurgicale à la faculté de médecine de Paris, qu'un cours d'anesthésie est créé en 1947.

Après des études médicales à Amiens, où il était né en 1890 et où son père était professeur de clinique chirurgicale, Pierre Moulonguet est reçu à l'externat et à l'internat de Paris. Il est appelé sous les drapeaux en 1913. Médecin auxiliaire à la déclaration de guerre en 1914, il sert chez les chasseurs alpins

## anesthésie d'hier

et gagne la croix de guerre et la médaille militaire pour sa conduite courageuse. Après la démobilisation, en 1919, il est nommé aide d'anatomie et chef de laboratoire à la faculté. Il soutient sa thèse en 1923, et reçoit la médaille d'or de l'internat en 1924. L'année suivante, il est nommé aux hôpitaux de Paris et poursuit une brillante carrière puisqu'il est nommé professeur agrégé en 1929 et chef de service de chirurgie à l'hôpital Tenon en 1941.

Sa ferme et tranquille opposition à l'occupant et au gouvernement de Vichy s'est traduite entre autres par son effort pour conserver son poste d'assistant à Jean Baumann, atteint par les lois anti-juives, et par son soutien aux activités de son ami Robert Monod. Il accède à la chaire de technique chirurgicale en 1945 et à celle de clinique chirurgicale à la Salpêtrière en 1956.

Déjà en 1945 il s'intéresse à l'enseignement de l'anesthésiologie et lors de sa leçon inaugurale il déclare : «Je traiterai aussi de l'anesthésie : elle ne fait pas encore en France l'objet d'un enseignement, contrairement à ce qui existe à l'étranger. Mais la création, par mon ami Robert Monod, de la Société d'anesthésie et d'analgésie a ouvert une tribune aux études qui comme vous le savez, ont été très nombreuses depuis plusieurs années. Ni l'un ni l'autre de ces chapitres ne trouve une place suffisante dans l'enseignement à l'hôpital : on s'y met à la table opératoire sans hors d'œuvre. Je ne ferai donc pas double emploi. Je parlerai aussi des examens pré et postopératoires, sujets riches en nouveautés, et de la transfusion qui a pris une grande place en chirurgie depuis peu».

Pierre Moulonguet, qui meurt en 1981, a ainsi pris parti pour l'avancement de l'anesthésie et son action a grandement contribué à l'essor de l'anesthésiologie en France.

En 1947, lorsqu'il inaugure l'enseignement de l'anesthésie à la faculté de médecine de Paris, c'est son agrégé, Jean Baumann, qui s'en charge en bonne partie.

## témoignages

Malgré son aspect massif et bourru, Baumann était d'une grande finesse d'esprit et ne manquait pas d'humour. Très instruit, il sait, tout au long de sa carrière, se créer des sympathies et défendra ses idées avec opiniâtreté. Né à Paris le 7 mai 1906, il y a fait ses études de médecine et a obtenu le doctorat en 1933. Reçu externe, puis interne des hôpitaux, il est nommé chef de clinique, puis assistant. Mobilisé en 1939, il reprend son poste dans le service de Moulonguet après la débâcle de 1940. Malgré les efforts de Moulonguet pour lui conserver son poste, il doit finalement cesser ses fonctions et s'évade de France en 1943, en traversant les Pyrénées. Après une période d'incarcération en Espagne, il arrive en Afrique du Nord où il s'engage aussitôt. Il est affecté au corps expéditionnaire français en Italie et sert comme chirurgien dans l'ambulance organisée par madame Catroux. Démobilisé à la fin de la guerre, il retrouve ses fonctions d'assistant dans le service de Moulonguet. Le cours d'anesthésie à la faculté de Paris l'oriente vers notre discipline.

Le premier cours a duré du 10 janvier à la fin février 1947. Il y a eu cent vingt-deux inscrits médecins et auxiliaires. Le cours était suivi d'un stage de six mois, dans les services où exerçait un assistant d'anesthésiologie des hôpitaux de Paris. Les médecins pouvaient se présenter à un examen en fin de stage. En cas de succès, ils détenaient un diplôme d'anesthésie-réanimation. Les auxiliaires recevaient une attestation appelée certificat d'anesthésie, sans examen.

L'attitude de Baumann à l'égard des anesthésistes était ambiguë. Dans une allocution prononcée devant la Société d'anesthésie le 17 juin 1948, il s'était exprimé sur leur rôle futur d'une manière qui ne pouvait que les irriter. Il se posait comme juge de leur rôle et de leur avenir. Certes il définissait judicieusement le domaine de l'anesthésiste: «Il lui appartient d'étudier l'opéré avant l'intervention et de choisir, de concert avec le chirurgien, pleinement éclairé par lui de la succession des temps opératoires, le type d'anesthésie.

## anesthésie d'hier

Pendant l'opération, il doit assurer l'analgésie et maintenir l'équilibre des fonctions végétatives. En ce sens, il participe à ce qu'il est convenu d'appeler la réanimation ». Mais il ajoute : « Je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on consacre dans les diplômes et les concours la nécessaire éducation en réanimation des anesthésistes. Après l'opération, l'anesthésiste participe à la surveillance des suites opératoires, ce qui implique la connaissance de la broncho-aspiration ». Il précise : « Il est indispensable de définir de façon rigoureuse par qui il sera licite de faire administrer une anesthésie. L'état actuel est proprement anarchique, mais il est certain que l'anesthésie n'est pas considérée comme un acte réservé aux médecins. Les chirurgiens-dentistes sont légalement autorisés à pratiquer la narcose ».

Il faut rappeler que de 1939 à 1945 l'armée a fait appel successivement aux dentistes et aux pharmaciens comme anesthésistes.

Dans les hôpitaux, jusqu'en 1948, le règlement de l'Assistance publique à Paris disposait que l'anesthésie au cours du service de garde doit être assurée par un interne en pharmacie.

Un arrêté paru au *Journal officiel* du 9 janvier 1948 peut cependant être interprété comme une autorisation implicite d'utiliser des auxiliaires médicaux pour pratiquer l'anesthésie, sous contrôle du chirurgien.

Les anesthésistes ne se voyaient pas encore attribuer leur activité d'une manière exclusive. Il est vrai qu'ils étaient encore peu nombreux. Le syndicat des anesthésistes ne comportait que vingt-trois membres. « Le cours de Moulonguet va sans doute permettre de former une quarantaine d'anesthésistes cette année, mais on ne peut espérer avec certitude maintenir ce chiffre les années suivantes », dit encore Baumann. À cette époque, environ quarante médecins ont obtenu la qualification d'anesthésistes après ce cours. Ce chiffre n'a que lentement augmenté à cinquante et jusqu'à cent pendant les deux premières

## témoignages



Jean Lassner et Jean Baumann

décennies après guerre. L'annuaire édité par le Syndicat national des anesthésiologistes-réanimateurs français en 1966, établi grâce aux efforts de Jean Montagne, en compte un millier.

Le discours tenu devant la Société d'anesthésie par Baumann avait bien présenté les contradictions entre les différentes conceptions du rôle des anesthésistes. Pour la pratique chirurgicale (ou obstétricale), on souhaitait une amélioration de celle de l'anesthésie. Tout en admettant que

## anesthésie d'hier

pour l'anesthésie (et la réanimation), ce but ne pouvait être atteint que par la formation de médecins spécialistes, on constatait que leur nombre, même avec une formation rapide, allait rester insuffisant pendant de nombreuses années. On optait pour instruire les auxiliaires, afin d'améliorer la pratique existante, mais la création d'un corps d'infirmiers et d'infirmières-anesthésistes allait à l'encontre du but de trouver et de former des médecins pour la nouvelle spécialité. Dans l'opinion, le médecin anesthésiste se confondait avec l'infirmière ou l'infirmier, ce qui ne donnait guère de prestige à ces médecins. Leur avenir matériel s'en trouvait affecté, voire compromis. La relation, encore à établir, entre chirurgiens et anesthésistes allait longtemps souffrir de cette équivoque. Le médecin spécialiste doit, très légitimement, être beaucoup plus largement honoré qu'un auxiliaire. Dans les petits centres, aucun médecin qualifié ne pourra vivre du seul exercice de sa « spécialité », précisait encore Baumann.

Celui-ci se présenta à la chaire de chirurgie thoracique mais sans succès. C'est un peu pour reconnaître néanmoins sa valeur qu'une chaire d'anesthésiologie a été créée à la faculté de Paris pour lui en 1957. Il y fut nommé et Guy Vourc'h devint son agrégé. Baumann prit alors la direction de l'Institut d'anesthésiologie que Moulonguet avait créé.

En 1965, Baumann accède finalement à la chaire de chirurgie thoracique à l'hôpital Beaujon, et c'est Guy Vourc'h qui lui succède dans celle d'anesthésiologie.

Breton et fier de l'être, fervent catholique et patriote, d'un courage indomptable doublé d'une très grande sensibilité, Vourc'h est l'homme des engagements définitifs. Sa carrure, le visage coupé à la serpe, l'air un peu renfrogné disent son origine. C'est un amateur des langues et auteurs classiques. Adorant la poésie, et bien que peu bavard en compagnie, on peut le surprendre parfois se récitant à mi-voix ses vers préférés. Il épousa, en 1946, une femme charmante, pharmacienne de formation, Brigitte Gayet. Après son baccalauréat en 1936, Vourc'h entreprend des études de

## témoignages

médecine qu'il doit interrompre pour raisons de santé. En 1939, après un an en sanatorium, il est appelé sous les drapeaux, puis démobilisé. Sa carrière de chevalier héroïque avait mal commencé.

Il n'a pas besoin d'être beaucoup encouragé par ses parents, qui ont joué un rôle important dans la résistance en Bretagne, pour rejoindre le général de Gaulle. Il s'embarque pour l'Angleterre avec son frère, Jean, et quelques amis dans un bateau de pêche, *La petite Anna*, acheté pour l'occasion. N'étant marins ni les uns ni les autres leur expédition tourne mal. Vite à bout de carburant, démâtés par une tempête, puis immobilisés, ils dérivent pendant neuf jours, sans eau ni vivres. Un cargo anglais les recueille à moitié morts.

Guy Vourc'h s'engage dans le corps des parachutistes des Forces françaises libres et fera partie du Commando des fusiliers marins du Cdt Kieffer, seule unité française à participer au débarquement de juin 1944. Blessé et renvoyé en Angleterre, il ne tarde pas à reprendre du service et participe au raid nocturne sur l'île de Schouven. Il termine la guerre avec le grade de capitaine et Chevalier de la Légion d'Honneur. Rendu à la vie civile, il reprend ses études et obtient le doctorat en médecine en 1949.

L'attribution d'une bourse du *British Council* lui permet d'aller en Angleterre pour sa formation en anesthésiologie et d'être logé au *Royal College of Surgeons*. Puis il réside au *Middlesex Hospital*. Il obtient d'abord le diplôme d'anesthésie (DA), puis sera le premier étranger reçu *Fellow of the Faculty of Anaesthetists of the Royal College of Surgeons (FFARCS)*. Ce titre constitue en Grande-Bretagne, depuis 1947, la qualification plénière de la discipline. Il a été transformé depuis la création d'un collège royal des anesthésistes en FRCA.

À son retour, il commence en 1951 sa carrière d'anesthésiologiste à l'hôpital Foçh de Suresnes. En 1953, Vourc'h décide de partir aux États-Unis où il travaille pendant six mois comme associé dans le département

## anesthésie d'hier

d'anesthésiologie dirigé par le Pr Harry K. Beecher au *Massachusetts General Hospital*.

En 1958, Guy Vourc'h est nommé agrégé dans la chaire d'anesthésiologie et se trouve associé à l'enseignement de la spécialité par Moulonguet. Chef du département d'anesthésiologie à l'hôpital Foch, il accède en 1965 à la chaire d'anesthésiologie. Sa situation au sein des anesthésistes des hôpitaux de Paris est délicate, puisque l'hôpital Foch, appartenant à la SNCF depuis 1949, se trouve en dehors de l'Assistance publique. C'est lui cependant qui va centraliser tout l'enseignement à Paris, car il prend la succession de Baumann à la tête de l'Institut d'anesthésiologie.

Il a été élu à l'Académie de médecine quand, pour la première fois, celle-ci attribuait une place de sa section de chirurgie à un anesthésiste. Hélas, le porte-parole de notre discipline accédait à cet honneur au moment où une laryngectomie lui avait fait perdre la voix. Malgré son état, il ne manquera jamais une séance du mardi. Avec un courage admirable, il subit les terribles contraintes de sa maladie et attendra avec sérénité cette mort qu'il avait si souvent regardée en face et qui le mettait si longuement à l'épreuve.

L'admiration que lui avait inspirée le courage des Britanniques pendant la guerre et sa formation le poussent à donner à son enseignement une tournure anglo-saxonne. Rédacteur en chef de la revue de la SFAAR et membre de son conseil d'administration, il n'en fut jamais le président, sans doute parce qu'il n'était pas ce que l'on appelle un « homme de compromis ». Il eut cependant la difficile tâche d'organiser le congrès national d'anesthésie en 1968 ! Membre du comité de rédaction des *Cahiers d'Anesthésiologie*, il y publie de très nombreux articles. Il participe aux conférences de Cochin et publie plus de deux cents titres, plus particulièrement sur la neuro-anesthésie et la neuro-pharmacologie. Membre fondateur, il devient membre d'honneur de l'Académie européenne d'anesthésiologie que j'ai créée en 1977. Choisi pour présider l'enquête épidémiologique sur les accidents



## témoignages

d'anesthésiologie, sa rigueur a contribué à en faire une étude qui reste une référence.

\* \*  
\*

Dans les années cinquante, la rédaction d'*Anesthésie-Analgésie*, journal de la Société française d'anesthésie et d'analgésie, Pierre Huguenard étant rédacteur en chef, avait pris le parti d'une doctrine particulière, celle prônée par Henri Laborit, et lui réservait les colonnes de la revue. Kern s'en est offusqué et j'ai accepté sa proposition de fonder une revue, les *Cahiers d'Anesthésiologie*, qui serait une tribune indépendante où nous publierions les conférences et colloques de Cochin. L'indépendance des *Cahiers* a joué un rôle non négligeable pour la discipline.

Les discussions sur des thérapeutiques nouvelles prenaient, à une certaine époque, facilement un ton passionnel, d'autant que les méthodes statistiques de comparaison étaient ignorées. On peut en citer pour preuve les débats confus qui ont eu lieu au sujet de l'anesthésie potentialisée et de l'hibernation artificielle.

En 1947, Kern avait publié chez Masson deux monographies, la première sur *L'anesthésie intraveineuse au pentothal-sodium*, l'autre intitulée *Le curare en anesthésie*. De son côté, J. Dallemagne avait publié en 1949 *Les aspects actuels de l'anesthésiologie*. C'est, en quelque sorte, en réplique à ces publications que Laborit fait paraître chez Masson en 1951 un livre intitulé *L'anesthésie facilitée par les synergies médicamenteuses*.

Voici donc qu'un chirurgien de la marine, Henri Laborit, le père de ce que l'on a appelé l'«hibernation artificielle» présente des livres sur l'anesthésie. Il est né à Hanoi, en 1914, d'un père médecin des troupes coloniales. Celui-ci meurt, alors qu'il n'a que trois ans et que sa mère attend un deuxième enfant. Il fait l'École de santé navale de Bordeaux et choisit la

## anesthésie d’hier

chirurgie. Il est reçu au concours d’internat des hôpitaux de Bordeaux. Pendant la guerre, embarqué sur le torpilleur *Sirocco*, il fait l’expérience de l’évacuation des troupes de Dunkerque. Son navire ayant été coulé par une vedette lance-torpilles allemande, il est sauvé par un sloop anglais qui le débarque à Douvres. Il rentre chez lui le 6 juin très éprouvé par cet événement. Il reçoit la croix de guerre avec palme. Il se trouve affecté à Dakar au moment où la marine repousse les tentatives de débarquement du général de Gaulle. Il passe la fin de la guerre en Afrique, mais considère que « l’ennemi pour nous n’était plus l’Allemand mais l’Anglais ».

Devenu assistant de chirurgie à l’hôpital maritime Sainte-Anne de Toulon, il y fait, grâce au pharmacien Pierre Morand, l’apprentissage de la biologie, et cherche à s’orienter vers la recherche biologique. Morand ayant mis au point un dosage de la cholinestérase, ils se sont tournés vers la pseudo-cholinestérase et tentent de modifier les états de choc par un test de la perméabilité capillaire. Laborit part alors à Paris pour un stage dans le centre de transfusion sanguine dirigé par A. Tzanck. Il obtient que Jean Gosset présente leurs études à l’Académie de chirurgie et que Lucien Leger en accepte la publication dans la *Presse Médicale*. Sa carrière de médecin de la marine comporte des éléments très contrastés. Dès sa première croisière, il entre en conflit avec la hiérarchie : un rapport humoristique est jugé injurieux et sanctionné lourdement. Il fait alors une tentative pour quitter la marine, tentative qui échoue. Puis il se présente au concours de chirurgie de la marine, auquel il échoue également. Des heurts à l’hôpital Sainte-Anne lui font demander une nouvelle affectation et il part à Lorient. Pendant les années 1947-1948 Laborit est désigné pour un voyage en Indochine sur un navire-hôpital. À son retour, il est autorisé à présenter à Bordeaux le concours de chirurgie auquel il est reçu. Il est désigné pour Sidi-Abdallah-Bizerte.

Dans l’introduction de son livre, il note que l’anesthésie s’est enrichie brutalement en dix ans, alors que le temps où le

## témoignages

chloroforme et l'éther constituaient l'essentiel de l'anesthésie chirurgicale est encore tout proche. Il dit du curare qu'il s'est rapidement généralisé grâce à l'enthousiasme sans restrictions des usagers et ajoute que l'administration successive ou simultanée d'anesthésiques a constitué un important progrès.

Sa propre méthode, qu'il appelle «l'anesthésie potentialisée», repose sur une conception différente de la précédente qui était caractérisée par un équilibre entre les composantes médicamenteuses de l'action anesthésique. Pour Laborit, il s'agit de placer l'organisme, au moyen de plusieurs substances agissant sur le système neurovégétatif, dans des conditions permettant à des anesthésiques peu puissants d'obtenir une narcose suffisamment profonde pour un acte chirurgical majeur. Ainsi l'anesthésie à proprement parler était alors une affaire mineure pouvant être laissée à des auxiliaires. L'essentiel était joué au préalable, selon les préceptes de Laborit. C'était, à n'en pas douter, une conception conforme aux vœux des chirurgiens et Laborit, chirurgien lui-même, était bien accueilli par nombre d'entre eux.

Le concept de l'anesthésie potentialisée rejoint une notion de Guedel, selon laquelle la sensibilité aux anesthésiques généraux serait fonction du métabolisme basal. C'est celui-ci que Laborit se propose de réduire par l'action, sur le système nerveux végétatif, d'une pluralité de substances. Cette diminution du métabolisme basal doit être accentuée par l'abaissement de la température corporelle, dans le procédé prôné ultérieurement par Laborit, sous la dénomination «hibernation artificielle». Parmi les médicaments freinateurs du système nerveux végétatif recommandés figurent en premier lieu: la procaïne, puis les antihistaminiques de synthèse et les dérivés de la dibenzoparathiazine, le Diparcol (diéthazine). Un rôle important était attribué au bromure de tétraéthylammonium. La morphine était déconseillée, la vitamine B1 recommandée.

## anesthésie d'hier

Le livre de Laborit comportait un chapitre final sur le choc opératoire, basé sur les idées de René Leriche. Il fallait prévenir la maladie opératoire, en abaissant suffisamment le métabolisme basal pour mettre le système neuro-végétatif au repos le plus complet possible. Au XIX<sup>e</sup> siècle, Xavier Bichat, également médecin de la marine (à l'origine), avait défini la vie comme l'ensemble des forces s'opposant à la mort. Laborit retourne le propos en déclarant que s'opposer à la mort, c'est compromettre la vie et il prône la non-résistance ou la fuite; fuite dont il fait l'éloge comme attitude et conduite générale.

Ainsi, l'ère de la chirurgie biologique était ouverte. Cette ère avait commencé grâce à sa méthode et il écrit: «Cette chirurgie biologique a déjà transformé notre pratique journalière; elle nous a donné une sécurité inconnue il y a quelques années encore; elle nous a déjà fourni des résultats souvent spectaculaires, et elle nous permet des audaces à peine concevables pour les chirurgiens qui n'ont pas grandi avec elle». Si convaincant lui paraissent les résultats qu'il n'a pas jugé utile de confirmer l'effet sur le métabolisme basal des médications. Pourtant la mesure du métabolisme basal est facile, rapide et sans inconvénients. L'appareil pour cette mesure, celui de Benedict, était disponible à l'époque à très bas prix dans les surplus américains. Les conceptions de Laborit ont cependant trouvé plus de critiques chez les chirurgiens que parmi les anesthésistes. Jean Gosset devait déclarer devant l'Académie de chirurgie: «Le rôle capital attribué au système nerveux végétatif dans la vie de l'organisme par Laborit est, à l'évidence, hérité des conceptions de René Leriche. Il en est de même de la préférence manifestée par Laborit à la conception nerveuse du choc traumatique opératoire. En vertu de cette théorie du choc, il condamne à l'avance une anesthésie superficielle avec relaxation qui, dès cette époque, avait fait ses preuves, et demande une anesthésie bloquant les excitations nerveuses de tous ordres. Le choix du terme d'anesthésie potentialisée a

## témoignages

été critiqué même par des partisans des conceptions de Laborit, le terme de potentialisation ayant une signification en pharmacologie, alors que la méthode prônée aboutissait à des effets additifs, et non pas potentialisés».

Dans les années cinquante, des débats très vifs ont eu lieu au sujet de l'anesthésie potentialisée et surtout de l'hibernation. À cette époque, des publications, surtout britanniques, traitent des procédés statistiques de la comparaison des variables biologiques. Le célèbre livre *The design of experiment* (La structure de l'expérimentation) de Fisher commence par une plaisante démonstration, où une dame anglaise affirme distinguer par le goût si son thé au lait a été préparé en versant d'abord le lait dans la tasse et ensuite le thé, ou inversement. Fisher demande comment on peut démontrer que cette dame dit vrai ou se trompe. De même, pour déterminer si un dé est pipé, peut-on comparer une large série de coups de dés pour savoir dans quelle proportion le chiffre «six» apparaît. Toutefois, le jeu du hasard peut faire qu'au lieu d'un six, d'autres points apparaissent, et la question est alors de savoir à partir de quel nombre on peut dire que le dé est pipé. Il était très tentant et il est devenu courant d'appliquer ce principe statistique à l'évaluation des traitements médicaux. Cependant, on établit rapidement la valeur d'un traitement dans le cas où son application change les conditions antérieures d'une manière substantielle. Elles peuvent exiger, lorsque les différences sont moindres, des séries de plus en plus grandes d'application ou de malades observés.

La répartition au hasard du traitement doit être faite sans que le patient ni le médecin ne sache si le médicament employé est présumé actif ou inerte. Dans les cas où les différences sont très faibles des séries importantes sont nécessaires pour les mettre en évidence. Ceci montre les limites de la méthode: une réunion d'un très grand nombre d'observations, des observateurs nombreux et un laps de temps de plus en plus long sont exigés. Ces facteurs

## anesthésie d'hier

inéluçtables entraînent des complications pouvant aller jusqu'à annuler tout l'effort. En d'autres termes, ce qu'on appelle aujourd'hui la médecine basée sur l'évidence est à prendre avec prudence. Certes, lorsque la supériorité d'un traitement par rapport à d'autres saute aux yeux, nul doute qu'il faille en tenir compte. Lorsque, au contraire, il s'agit de nuances difficilement démontrées, les aléas de la relation médecin-malade, de la situation, des conditions dans lesquelles un traitement est prescrit ou suivi, sont tels que la plus grande prudence doit être exercée avant toute conclusion. En tout cas, pour choisir un traitement plutôt qu'un autre il faut tenir compte des incertitudes restantes, inhérentes à la relation médecin-malade.

Les partisans des méthodes de Laborit ne se souciaient guère des principes de validation. Le succès des idées de Laborit auprès des anesthésistes français ne peut s'expliquer seulement par son contenu doctrinal. Des courants divers et souvent contraires agitaient la profession. Il est probable que c'est le ralliement de Pierre Huguenard aux idées de Laborit qui a entraîné un bon nombre d'anesthésistes.

Dans la revue *Urgences Médicales*, où Catherine Desfemmes a publié sous le titre *Un parcours de cinquante ans: de l'anesthésie à la prévention des risques*, figurent des éléments de la biographique de Pierre Huguenard. Né en 1924 à Besançon, il était en fin de deuxième année de médecine au moment du débarquement dans le Midi en 1944. Il rejoint un maquis. Besançon libéré, il s'engage dans la première armée française. Il sert pendant l'avance en Allemagne comme aide dans une équipe chirurgicale. Sous la direction du Dr Lavergne, originaire d'Alger, il s'instruit en anesthésie. Démobilisé en 1945, il passe les examens de troisième année de médecine à Nancy, puis décide de continuer ses études à Paris, où sa future femme, engagée à Alger dans la première armée comme infirmière de la Croix-Rouge, suivait un cours d'infirmière-anesthésiste organisé par M. Jacquot. Ce dernier rencontre Huguenard, alors en quatrième année de médecine

## témoignages

et lui trouve une place dans le service du Pr Sénèque à l'hôpital de Vaugirard. Fort de son expérience acquise à l'armée, Huguenard est amené à donner des anesthésies. En 1947, il s'inscrit au cours d'anesthésie de la faculté et obtient le doctorat de médecine et le diplôme d'anesthésie en 1948. Il devient alors assistant d'anesthésie à l'hôpital de Vaugirard. C'est en préparant sa thèse sur la gallamine (Flaxédil) qu'il entre en contact avec Laborit, affecté à Paris à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il a contribué à la mise au point de l'hibernation artificielle. Huguenard se fait alors le défenseur ardent de la conception «laboritienne». Grâce à son lien d'amitié avec Jacquot, alors Secrétaire général de la Société d'anesthésie, il devient, en 1950, rédacteur adjoint de la revue de la Société. Il en devient le rédacteur en chef en 1954. Ceci lui permet de publier et de faire connaître les concepts de Laborit. Pour ceux qui ne partageaient pas ces vues il deviendra de plus en plus difficile d'accéder à la principale tribune de la discipline en France. Après la réforme hospitalo-universitaire, Huguenard devient agrégé d'anesthésiologie et commence sa carrière dans le département de la Pitié-Salpêtrière dirigé par Mme Delahaye-Plouvier. En 1964, il devient chef du département d'anesthésiologie de l'hôpital Beaujon. À l'ouverture de l'hôpital Henri-Mondor à Créteil, il en prend la direction et organise l'unité de réanimation et le SAMU. Il s'oriente alors vers la médecine d'urgence et de catastrophe. L'apport essentiel d'Huguenard à l'anesthésie potentialisée n'a pas seulement consisté en une expérimentation d'associations médicamenteuses pour déterminer les meilleurs mélanges à utiliser (les «cocktails» dits lytiques car ils devaient dissoudre les résistances) mais surtout en une conceptualisation, attribuant aux anesthésistes le rôle de «protecteur du malade», grâce à l'emploi desdits «cocktails». Le terme «protection» a pris une importance capitale. Le «cocktail lytique» a eu un singulier destin. Alors qu'il était destiné à protéger la vie, il sert à présent pour la terminer dans l'inconscience. L'anesthésiste protégeait le malade opéré contre les effets nuisibles de l'acte chirurgical et

## anesthésie d'hier

de ses propres réactions. L'anesthésiste prenait le pas sur le chirurgien.

Pour les anesthésistes français, d'autres considérations ont pu jouer: posséder une méthode française originale faisait plaisir. La diminution des besoins organiques pour conserver la vie était une idée séduisante. Les réticences anglaises, à l'égard de la méthode, la valorisaient plutôt en France. On aime parfois en remonter à ses maîtres! Enfin, une conception qui recommande la soumission pour mieux vivre alors que l'on glorifiait la résistance donnait à certains qui l'avaient ignorée, sinon combattue, une sorte de justification.

Alors que Laborit avait rejeté la morphine, P. Huguenard inclut le Dolosal (péthidine) au mélange principal. Ce cocktail (Phénergan, Largactil, Dolosal) a été le précurseur de l'association proposée par De Castro et Mundeleer unissant le fentanyl et un nouveau neuroleptique: le déhydrobenzpéridol (Droleptan) qui a fait carrière en anesthésiologie sous le titre de neuroleptanalgie.

La première observation de l'effet de la substance nouvelle, le Largactil, sur un sujet sain date du 9 novembre 1951 et je m'y suis trouvé mêlé. Le succès mondial du Largactil résultait de la découverte de ses propriétés antipsychotiques par Delay et Deniker. Ce dernier a proposé le terme de neuroleptique. La première observation de l'effet psychoaffectif date d'une expérimentation humaine que j'avais contribué à mettre en œuvre. Elle a été décrite par deux des quatre participants, Henri Laborit et Léon Chertok, et a fait l'objet d'une présentation historique opposant leurs souvenirs. Ils se sont connus par mon intermédiaire en vue de réaliser l'expérience que j'avais suggérée. J'avais comparé, lors de cette expérience, l'effet de l'injection de Largactil chez le volontaire (Dr Quarti) à l'indifférence que l'on observait chez les malades ayant subi une lobotomie préfrontale. Cette comparaison était hâtive, mais elle a frappé Laborit qui l'a citée.

J'avais demandé à Laborit et à Huguenard de venir exposer leurs vues aux réunions de Cochin. Laborit y a fait une



## témoignages

conférence intitulée *Physiopathologie du système nerveux végétatif* qui a été publiée et Huguenard *Une mise au point sur l'hibernation artificielle*. Cette ouverture n'a pas été payée de retour!

En 1954 Laborit et Huguenard publient chez Masson *Pratique de l'hibernothérapie*. Huguenard avait résumé ainsi son avis sur l'hibernation: «Il importe peu que cette théorie soit juste ou non... Ce qui compte, c'est de savoir si cette théorie est payante ou non. Il semble que pour l'instant elle le soit en ce sens qu'elle a provoqué plus de guérisons qu'elle n'est responsable de morts». Comment pouvait-on affirmer cela sans étude comparative? Son talent de présentation s'est affirmé dès ces premières publications qui annonçaient l'anesthésie potentialisée sous le titre surprenant: *Essai d'anesthésie générale sans anesthésique*. Sa finesse d'observation lui aurait permis de tirer de l'emploi de trente-cinq combinaisons médicamenteuses différentes utilisées dans un total de cent douze cas, celles qui devaient finalement servir.

\* \*  
\*

Jacques Boureau, président du conseil d'administration de la Société d'anesthésie depuis 1958, devait faire élire un trésorier lors du renouvellement du bureau de 1960. Pierre Huguenard, rédacteur en chef de la revue de la Société se croyait alors assuré d'obtenir l'élection d'un de ses fidèles, le Dr Jaquenoud. De son côté Jacques Boureau soutenait la candidature du Pr Quevauviller, pharmacologue et ce dernier fut élu. Huguenard annonça alors sa démission du poste de rédacteur en chef et de secrétaire général par une lettre adressée à tous les membres de la Société. Puis, dans une note comprenant l'analyse du scrutin, il écrit: «La Société d'anesthésie compte bien cent vingt membres titulaires, mais seulement cinquante-deux anesthésistes (cinquante-huit depuis février 1960). Lors de l'assemblée du 17 décembre 1960, trente-huit membres seulement étaient présents dont

## anesthésie d'hier

une vingtaine d'anesthésistes». Dix anesthésistes sur ces vingt présents ont assigné la Société et son président pour l'irrégularité de la gestion, quatre autres (MM. Campan, Cara, Jolis, et Lada) s'étaient associés aux réserves formulées par les protestataires, tandis que deux anesthésistes (E. Simon et J. Verhaeghe) semblaient rester neutres. D'autres membres présents, Mme Laborit (anesthésiste), MM. J. Cahn, H. Laborit, sont prêts, si nécessaire, à s'associer aux protestataires. De l'autre côté, un seul anesthésiste (moi-même) et deux non-anesthésistes (Mlle Levy, M. Monod) ont entrepris de défendre le bureau de la Société.

Huguenard et ses amis ont alors intenté une action en justice contre le président de la Société accusé d'avoir failli à ses devoirs. Laborit écrit à ce sujet: «Huguenard a perdu sa place de rédacteur en chef de la revue parce qu'il soutenait mes thèses». En effet, les anesthésistes qui avaient soutenu Huguenard étaient majoritairement adeptes de l'anesthésie potentialisée. Ils ont alors constitué l'Association des anesthésistes français, créant ainsi une scission dans le jeune corps des anesthésistes. L'Association des anesthésistes français (AAF) était acquise à une doctrine. Un groupe d'anesthésistes de Lyon a diffusé le 16 novembre 1960, à l'occasion d'entretiens d'anesthésie, une lettre d'information qui invitait tous les anesthésistes à rejoindre l'AAF.

Les uns et les autres ont agi avec une telle passion que l'on est bien obligé de s'interroger sur les motivations en cause. Il semble probable que cette opposition se soit doublée d'un conflit de générations, les jeunes ayant pris le parti de la révolte. Il s'y est ajouté un refus de se laisser dominer par une conception anglo-américaine, l'anesthésie «potentialisée» paraissant une sorte de réplique nationale.

La scission de la Société d'anesthésie a eu comme effet positif de hâter sa transformation en une Société d'anesthésistes grâce au retrait des chirurgiens. Un changement fondamental des statuts de la Société réserva la qualité de membre titulaire aux seuls médecins anesthésistes.

## témoignages

Malheureusement, elle a affaibli la position des anesthésistes français à l'étranger. Un clivage quasi doctrinaire et des animosités entre collègues ont longtemps prévalu. Sur le plan international, loin de rehausser le prestige, l'existence de deux Sociétés d'anesthésie marginalisait les Français.

Dans la Société d'anesthésie, Mme Plouvier-Delahaye a succédé en 1961 à Pierre Huguenard en tant que secrétaire général. C'est Guy Vourc'h qui a été nommé rédacteur en chef de la revue.

Louis Lareng est président de la Société d'anesthésie de 1964 à 1972. C'est le seul de ses présidents d'après-guerre qui eut un si long mandat. Nommé professeur agrégé en 1961, il devint chef du département d'anesthésie et de réanimation à l'hôpital Purpan de Toulouse en 1963. Fondateur du Samu de France, sous sa présidence, les anesthésistes ont commencé à jouer un rôle dans les soins d'urgence. Conseiller municipal puis maire de son village dans les Hautes-Pyrénées, il fut élu député de la Haute-Garonne – région de Toulouse -Sud en 1981 puis Conseiller général. Ce méridional convivial et habile passait son temps entre Toulouse et Paris. Jamais fatigué, jamais découragé, il avait toujours une idée neuve et une manière de l'exprimer à la fois enthousiaste et imagée. Il m'a succédé dans la présidence de la commission nationale d'anesthésiologie du ministère de la Santé. Actuellement à la retraite, il se passionne pour la télémédecine et est devenu président de la Société européenne de télémédecine en 1989.

Dans les années passées, à l'initiative de Monod, un laboratoire spécial avait été créé par l'Assistance publique à Paris et confié au Dr Maurice Cara, son assistant d'anesthésie. Maurice Cara s'était destiné à une carrière de physicien, avant de se tourner vers l'anesthésie. Après l'épidémie de poliomyélite au Danemark en 1952, qui avait démontré la valeur de la ventilation pulmonaire prolongée, plusieurs machines ont été construites dans les pays scandinaves. La plus réputée est restée celle d'Engström. Quelques appareils de cette marque ont été importés pour

## anesthésie d’hier

servir selon besoin, l’ensemble a été confié à M. Cara et à son banc d’essai des appareils. La ventilation pulmonaire a été adaptée par M. Cara pour le transport des malades dont ceux atteints de tétanos et traités par curarisation. Le transport rapide des malades à l’hôpital a été longtemps considéré comme le meilleur moyen pour assurer leurs soins. Il est apparu ensuite que l’on pouvait augmenter les chances de survie de certains malades et blessés en les soignant d’abord sur place. Cette conception a conduit à l’organisation de Services de secours d’urgence (SAMU). Le Samu de Paris a été dirigé par M. Cara.

La réanimation cardio-respiratoire a été rénovée par le Pr Yvonne Noviant. À la fin de la guerre, elle est venue, en tenue militaire, se présenter à moi à l’hôpital Foch. Je l’ai orientée vers l’anesthésie, à laquelle elle s’est initiée sous la direction de Kern. Elle a suivi la filière du CES d’anesthésie, puis est allée se perfectionner à l’étranger, avant de s’engager dans la carrière universitaire qui devait l’amener au rang professoral. Devenue chef de service à l’hôpital du Kremlin-Bicêtre, elle a gardé une activité à l’hôpital Marie-Lannelongue, réussissant à mener de front l’éducation de ses trois enfants et sa carrière universitaire. Après des visites en Suède, elle a œuvré pour la ressuscitation cardio-pulmonaire en France, action soutenue par la Société d’anesthésie. Élué sénateur de l’Académie européenne d’anesthésiologie, elle y a représenté l’élégance et le raffinement français. Elle est restée fidèle au souvenir de Kern et à l’esprit d’une anesthésiologie ouverte aux idées nouvelles.

En tant que président de la section européenne de la Fédération mondiale des Sociétés d’anesthésie, je mesurais les inconvénients pour la France d’avoir deux Sociétés d’anesthésie. Devenu président de la SFAAR en 1976, j’engageais la Société dans un effort de rapprochement avec l’AAF. Un organisme tripartite, l’UFAR, regroupant la Société d’anesthésie, l’Association des réanimateurs français et le Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs a été

## témoignages

constitué. Le 18 décembre 1976, la Société française d'anesthésie s'est prononcée sur l'entrée dans l'UFAR par un vote. Sur deux cent cinquante et un inscrits, il y eut deux cent deux votants dont cent quatre-vingt-six ont voté pour. Un long chemin pourtant restait encore à faire.

Mon successeur à la présidence de la Société fut Charles Rouet qui avait été un de mes premiers élèves à l'hôpital Foch. En 1949, j'avais été l'un de ses examinateurs à l'oral du CES d'anesthésie. Son passé de résistant me disposait favorablement à son égard et ses qualités humaines et son sérieux transformèrent cette disposition en estime, puis en amitié. Lorsqu'il s'est agi pour lui de s'installer et qu'il a trouvé une place à Orléans, il m'a parlé de sa future carrière. Je lui ai suggéré de chercher un chirurgien ORL et de le convaincre de pratiquer les amygdalectomies sur des enfants couchés, anesthésiés et avec intubation trachéale. Cela a été fait et cette entreprise révolutionnaire a constitué le début d'une belle carrière.

Président de l'UFAR, Charles Rouet a déployé de grands efforts pour aboutir à la fusion de la Société d'anesthésie et de l'Association des anesthésistes français qui n'a eu lieu sur le plan légal qu'en 1981. À cette date, la SFAAR était présidée par le Pr Claude Winckler, élève et ami du Pr Vourc'h.

Il aura donc fallu plus de vingt ans pour rétablir l'unité des anesthésistes et il faut en remercier et en féliciter Claude Winckler, président sympathique, efficace et habile.

La nouvelle Société, intitulée « Société française d'anesthésie et de réanimation » (SFAR), a résulté de cette fusion.

Durant cette période, j'avais pu mettre à bien deux projets qui me tenaient à cœur. Le premier fut la création en 1977 de « l'Académie européenne d'anesthésiologie » dont je fus le président pendant quatre ans. Cette Académie a, dès sa constitution, réuni les anesthésistes de toute l'Europe, y compris des pays de l'Est : URSS, Tchécoslovaquie, Pologne,

## anesthésie d'hier

Roumanie, Yougoslavie, RDA. Je dois dire que cette réalisation me fut facilitée par mes nombreux contacts avec les anesthésistes du monde entier, contacts dus à mes fonctions au sein de la Fédération mondiale des Sociétés d'anesthésiologie. Ma connaissance de l'anglais, de l'allemand et de l'italien a été très utile. Il s'agissait, pour moi, de promouvoir des rencontres entre anesthésistes européens pour leur permettre de mieux se connaître et de se familiariser avec la vie professionnelle de leurs voisins. En effet, il se posait alors, concernant l'anesthésie, des questions que les organismes existants n'avaient pas qualité de discuter. Rappelons que la doctrine officielle de l'URSS fait de l'anesthésie locale par la procaine pratiquée par le chirurgien la seule méthode admise. À l'opposé, et face à la prolifération de drogues nouvelles, le Pr Robert Macintosh réclamait un arrêt de la recherche pharmacologique pendant plusieurs années pour que les anesthésistes puissent être instruits dans le bon usage des agents existants.

Outre des réunions scientifiques qui ont lieu tous les ans, chaque fois dans un pays différent, l'Académie a créé un diplôme européen d'anesthésie-réanimation (DEA) qui a eu suffisamment de succès pour être adopté par certains pays scandinaves comme leur examen national, tout au moins en partie.

Le Dr Zorab de Bristol a été le promoteur de ce diplôme européen, puis d'une action pour rehausser la qualité de la formation des anesthésistes en Europe.

Le Pr Vickers de Cardiff a été le créateur et le rédacteur du journal européen d'anesthésie, l'*European Journal of Anaesthesiology*, revue de bonne tenue qui fait connaître, grâce à l'Académie européenne d'anesthésie, les travaux de la discipline menés en Europe. Elle est aujourd'hui devenue la revue européenne par excellence puisque se sont regroupées autour d'elle les autres associations à vocation européenne: l'UEMS, la Société européenne d'anesthésiologistes.

## témoignages

Le Pr Otteni, Strasbourgeois de cœur, Européen convaincu, travailleur infatigable, a grandement contribué à la réussite du DEA et à l'organisation de cet examen. Qu'il en soit remercié.

Tous ont œuvré pour l'Europe de l'anesthésie.

Par la suite, j'ai créé une association appelée «Centre français de l'Académie européenne d'anesthésiologie» dont l'une des activités était de réunir plusieurs fois par an des séminaires groupant une vingtaine de médecins européens pour discuter d'un thème particulier. Les réunions avaient lieu dans ma propriété en Dordogne. Les séances se tenaient dans la journée et le soir était réservé à faire connaître à ces médecins, et éventuellement à leurs épouses, les beautés de la région Périgourdine.

\* \*  
\*

Mon plus ancien souvenir qui ait quelque relation avec la douleur est probablement un souvenir imaginaire. Il n'a pas réellement trait à la douleur, mais peut-être à la crainte de la douleur. Si jamais c'était un souvenir réel, il devait se situer avant ma cinquième année, car il fait apparaître la sœur de ma mère qui mourut de la grippe espagnole en 1918. La scène est des plus simples : elle se situe dans un très beau jardin, c'est apparemment l'été. Pour une raison incertaine, peut-être la crainte d'une guêpe, je cours vers ma tante qui m'accueille à bras ouverts, ce qui apaise la crainte et l'éventuelle douleur. Par ordre chronologique se situent encore des souvenirs de lecture : à dix ans, environ, je lisais des histoires qui relataient l'indifférence des Indiens à la douleur, et donnaient des détails effrayants. Plusieurs récits de tortures endurées sans manifester figuraient dans ces romans. Ils me faisaient à la fois horreur et une sorte de plaisir. Plus tard, j'ai appris dans l'histoire romaine la glorieuse aventure de Mucius Scaevola, héros de la guerre des Romains contre les Étrusques. Il avait pénétré dans le camp de l'ennemi pour essayer de s'attaquer

## anesthésie d’hier

à leur chef. Ayant été pris et pour impressionner ses adversaires, il avait mis sa main dans le feu jusqu’à la laisser se carboniser. Une remarque de notre professeur de latin à ce sujet m’avait irrité: il avait mentionné que Scaevola avait tendu sa main droite dans le feu et ajouté que Scaevola était gaucher. C’était ternir de manière mesquine sa gloire d’avoir triomphé de la douleur.

À peu près à l’époque de mes lectures d’histoires d’Indiens, j’avais un jour fait des misères à un petit chat et je m’étais rendu compte que cela m’avait à la fois donné un sentiment de culpabilité, et un certain plaisir. Par la suite, la guerre, les tortures infligées aux prisonniers, m’ont fait réfléchir sur le manque de littérature sur les échanges sado-masochistes.

Au cours d’une année de jeunesse très agréable passée dans un pensionnat en Suisse, je m’étais vu attribuer par la directrice un privilège: de me rendre dans sa bibliothèque personnelle et lire à mon gré. Parmi ces lectures se trouvait *L’imitation du Christ* de Thomas a Kempis, moine contemplatif allemand du xiv<sup>e</sup> siècle. J’ai également été impressionné par la lecture d’auteurs latins stoïques: Sénèque et surtout Cicéron.

C’est beaucoup plus tard que le lien entre douleur éprouvée, douleur objet de crainte, douleur supportée vaillamment et le plaisir à l’infliger ou peut-être même à la ressentir, m’est apparu comme des éléments du phénomène de la vie qu’est la douleur. Je me suis senti plutôt rebuté par l’engouement de l’époque romantique pour la souffrance et la mort. Cependant, je n’ai pu admettre la position de René Leriche rejetant la douleur comme « inutile ». Pavlov comparait les martyrs allant à la mort en chantant, aux chiens habitués à recevoir leur nourriture après un choc électrique qu’ensuite le choc électrique suffisait à faire saliver. Cette assimilation me semblait à la fois fautive et inconvenante. L’utilité de la douleur a été une sorte d’excuse de sa réalité, autant dans la perspective évolutionniste que dans celle de la prévoyance divine.



## témoignages

Je n'ai mentionné cette histoire de mon intérêt pour la douleur que pour justifier le premier article, que j'ai rédigé pour les *Cahiers d'Anesthésiologie* en 1953, qui concernait précisément la douleur. Des années plus tard, j'ai rencontré en Angleterre une jeune femme médecin qui présentait une communication concernant l'utilisation de morphiniques. Plus que ses arguments pour un large emploi de l'héroïne, c'est son projet rapidement esquissé de soins palliatifs qui a retenu mon attention. Si le nom de Cicely Saunders est à présent précédé du titre de « Dame » (*Lady*) c'est qu'elle a été anoblie pour son œuvre, l'hôpital de Saint Christophe (*Saint Christopher Hospital*), œuvre qui a trouvé des adeptes dans de nombreux pays. Je suis fier d'avoir été invité à la pose de la première pierre, puis à l'ouverture de son Centre destiné aux soins terminaux et à l'apaisement de la douleur.

L'idée d'un accueil pour des malades en phase terminale, organisé en vue de leur procurer confort et soulagement de la douleur, c'est-à-dire l'idée d'une fin de vie accompagnée, m'avait paru excellente. Dans mon esprit, cette institution devait pouvoir se combiner avec un Centre accueillant des douloureux chroniques. Il s'agissait d'arriver pour eux à un aménagement de leur condition, non pas dans un esprit de combat contre la douleur, mais de soulagement dans une nouvelle manière de vivre avec son corps. Au *Saint Christopher Hospital* de Londres, une ébauche d'association des deux catégories de malades avait été réalisée. Je souhaitais l'intensifier en France, non seulement pour des raisons pratiques, et, comme je viens de le dire, théoriques, mais aussi pour tenir compte de cette sorte d'horreur qu'inspirait à un bon nombre de médecins, et surtout de fonctionnaires du Ministère de la Santé, l'idée de ce qu'ils appelaient un « mouroir ». Je me suis donc mis en quête d'un endroit ou d'un local pouvant convenir à une telle structure. J'ai fortuitement découvert qu'il existait à Neuilly-sur-Seine un établissement, hôpital homéopathique, qui avait cessé ses fonctions hospitalières avant-guerre et que l'armée française avait réquisitionné en 1939. Il avait été ensuite restitué à

## anesthésie d’hier

l’Association des homéopathes qui en était propriétaire, mais n’avait pas repris ses fonctions initiales. Je suis allé le visiter pour y découvrir un lieu à la fois charmant et champêtre, avec des poules et des coqs se promenant au milieu de la cour. J’ai engagé des pourparlers avec les propriétaires, et j’ai découvert qu’il y avait eu un conflit au sein de l’Association des médecins homéopathes, mais finalement une cession de l’établissement paraissait possible. Grâce à une amie député, Mme Nicole de Hauteclouque, je suis entré en rapports avec le maire de Neuilly de l’époque, M. Peretti, président de l’Assemblée nationale, qui fit mine de s’intéresser à l’affaire. Le projet n’a pas pu avoir de suite, la Ville de Neuilly ayant exproprié les homéopathes afin de transformer le terrain occupé par l’hôpital, qui a été rasé, en espace vert au profit de la ville de Neuilly.

Ma propre tentative de réaliser un tel centre à Paris, qui date de 1964, a échoué, pour deux raisons. La première était l’horreur qu’inspirait l’idée d’un «mouroir». La seconde était circonstancielle. Le ministre de la Santé de l’époque, M. Marcellin, et le directeur général de la Santé, le Dr Robin, m’avaient proposé des locaux dans l’enceinte de l’établissement psychiatrique de Charenton. Le lieu avec ses difficultés d’accès m’ont fait renoncer à entreprendre la réalisation d’un Centre à cet endroit.

À un autre moment, j’avais appris que la clinique chirurgicale des sœurs Augustines, dont le couvent situé rue de la Santé se trouve face à l’hôpital Cochin, allait être obligée de fermer. Grâce à l’anesthésiste de l’établissement, le Dr Desvallées, ancien élève du département d’anesthésie de Cochin, j’ai pu prendre contact avec la mère supérieure du couvent de la congrégation. Elle s’était montrée très favorable au projet d’une transformation de la clinique en centre de soins pour malades en phase terminale et malades souffrant de douleurs chroniques. Les sœurs consultées ont donné une réponse négative à ma proposition, en arguant de ce qu’un tel centre serait trop triste !

## témoignages

Devant les difficultés rencontrées, j'ai demandé conseil au Pr Robert Debré. Celui-ci m'a recommandé de créer une association pour laquelle il m'a suggéré le nom de «Centre d'étude et de traitement de la douleur», ce que j'ai fait en 1964. Le Pr Debré a accepté d'en devenir membre pour y représenter la médecine. J'ai sollicité la participation du Pr Levy-Solal pour représenter l'obstétrique et du Pr Aboulker pour la chirurgie. Ces deux personnalités amies ont bien voulu m'aider en devenant respectivement président et trésorier de l'association: M. Wladimir d'Ormesson, ambassadeur de France, Emmanuel Monick, ancien gouverneur de la Banque de France, M. le doyen Zamansky, avec qui je m'étais lié d'amitié, faisaient également partie du comité scientifique. C'est finalement dans un tout autre contexte, qu'a pu être réalisée la consultation d'analgésie de l'hôpital Cochin. Le Dr Escoffier-Lambiotte m'a appelé auprès de son collègue et ami, M. Pierre Vianson-Ponté, journaliste politique au journal *Le Monde*. Je l'ai suivi pendant la dernière phase de sa vie. Après son décès, le Dr Escoffier-Lambiotte et ses amis de la rédaction du «*Monde*» ont fait une donation en son souvenir. L'Assistance publique a accueilli favorablement ma demande d'investir ces fonds dans l'aménagement à l'hôpital Cochin de locaux pour une consultation destinée aux malades atteints de douleurs chroniques.

C'était la première consultation de France de cette sorte et elle a fait école. Mais le cadre était restreint et ne comportait aucun lit d'hospitalisation. Par un concours de circonstances le transfert à l'hôpital Tarnier dépendant de l'hôpital Cochin a pu être obtenu. Elle fonctionne depuis une quinzaine d'années. Un de mes élèves, le Dr Jean Bruxelles, dirige cette unité depuis ma retraite. Elle reçoit plus d'un millier de malades par an.

\* \*  
\*

## anesthésie d'hier

Grâce à ma position dans la Fédération mondiale d'anesthésie, et lors de ma présidence de la SFAAR, j'ai organisé à Paris un congrès européen. Offrant ainsi une tribune à l'anesthésie française, j'ai pu, je l'espère, contribuer à en rehausser le prestige.

À mon instigation, le Pr Jean-Marie Desmonts, alors président de la Société d'anesthésie, actuellement doyen de la faculté de médecine Bichat-Claude Bernard, a réussi à créer un comité d'éducation qui devait favoriser la naissance du Collège français des anesthésistes-réanimateurs regroupant tous les organismes de l'anesthésiologie (sociétés et syndicats). Cet organisme a été le premier à prendre en charge la formation médicale continue devenue aujourd'hui « presque » obligatoire. C'est également à ma demande qu'il a présenté la candidature de Paris pour la réunion scientifique de l'Académie européenne d'anesthésie de l'an 2000, candidature qui a été acceptée. Le Pr Scherpereel en a eu la charge et a choisi que cette réunion se tienne en parallèle avec le congrès de la Société française d'anesthésie. On aurait pu espérer de cette imbrication un renouveau d'intérêt et de participation des anesthésistes français aux activités de l'Académie !

Alors qu'il était président de la SFAR, le Pr Scherpereel a également obtenu que Paris redevienne, en 2004, la capitale de l'anesthésie en y tenant le congrès mondial et je souhaite à ma discipline et à ce prochain congrès un plein succès.

Les années ont passé, elles ont été bien remplies. L'évolution des actions entreprises est souvent allée dans une direction inattendue.

Bonne leçon d'humilité.

## témoignages

*Je remercie vivement :*

- *Le professeur José Aboulker – délégué du général de Gaulle auprès du comité médical de la Résistance en 1943;*
  - *Le docteur Jacques Boureau – ancien président de la Société française d'anesthésie et du Syndicat des anesthésistes-réanimateurs français;*
  - *Le professeur Pierre Huguenard – cofondateur de l'Association des anesthésistes réanimateurs français et rédacteur en chef des Annales de l'anesthésiologie française;*
  - *Le professeur Philippe Monod-Broca – membre de l'Académie de médecine – gendre du professeur Robert Debré.*
- qui ont bien voulu me relater leurs souvenirs pouvant intéresser cette présentation.*

*À Colette, mon épouse, à qui je dois ce travail et qui, hélas, n'aura pas pu lire ce texte dans son intégralité.*

## anesthésie d'hier

Il est fait mention, dans ce texte, des publications et ouvrages suivants :

- Beecher HK, Todd DP.** A study of the death associated with anaesthesia and surgery. *Annal Surg* 1954; 140-2
- Boureau J.** La Sismothérapie moderne sous narcose et curarisation. *Paris: Doim; 1959.*
- Bourne W.** Anaesthesia in War Circumstances. *Can Med Ass J* 1942; 46: 241-5.
- Brockliss L, Jones C.** The Medical World of Early Modern France. *Oxford: Clarendon Press; 1997.*
- Chauliac G.** Médecin général. *Le Service de santé de la France libre – 1940-1943, Paris – 1994.*
- Chertok L.** La vie antérieure. *Ann Med Psychol* 1982; 9: 971-6.
- Debré R.** L'honneur de Vivre – *Paris: Stock – Hermann; 1974.*
- Delay J, Boureau J, Vidart L, Leullier F.** L'électrochoc sous narcose. *Rev Méd Fr* 1945, 4: 15-7
- Desfemmes C.** Un parcours de 50 ans: de l'anesthésie à la prévention des risques. *Urgences Médicales* 1994; 13: 94-8
- Escat M.** Revue de la Société d'Art et d'histoire de Sarlat et du Périgord Noir – *Sarlat – 1997; 69: 53-4*
- Evans FT.** Modern Practice in Anaesthesia. *London: Butterworth; 1949.*
- Forgue E.** Précis d'anesthésie chirurgicale. *Collection Testut-Éditée par Gaston Doim. Paris: 1942.*
- Grasset J, Lassner J.** L'anesthésie au Pentothal-curare en cours de l'opération césarienne – *1950 Semaine des Hôpitaux N° 27*
- Huguenard P.** Essai d'anesthésie générale sans anesthésique. *Anesth Analg* 1951; 8 (1): 1-34
- Huguenard P.** Mise au point sur l'hibernation artificielle. *Cab Anesthésiol* 1953 : 1 (6): 9-32
- Jamain B, Giraud R.** Analgésie Obstétricale – *Masson; 1954.*
- Kern E.** Pentothal. *Paris: Masson; 1947.*
- Kern E.** Le curare en anesthésie. *Paris: Masson; 1950.*
- Kern E.** Mes quatre vies. *Paris: Arnette; 1971.*

## témoignages

- Laborit H.** Considérations sur le blocage médicamenteux des voies organo-végétatives en chirurgie abdominale. *Thérapie* 1949; IV: 4-9
- Laborit H.** Physiopathologie du système nerveux végétatif. *Cab Anesthésiol* 1953; 1 (3): 1-15
- Laborit H.** La vie antérieure. *Montréal: Éditions de l'Homme* 1989.
- Laroque P.** De Gaulle et la médecine – Communication au colloque de la Fondation Charles de Gaulle. *Revue de la France Libre* 1995; p. 16
- Lassner J.** Élément d'une anesthésiologie psychosomatique. *Anesth Analg* 1953; X (2): 184-192
- Lassner J.** Comment apprécier la valeur d'un traitement nouveau. *Anesth Analg* 1954; XI (1): 68-85
- Lassner J.** Hypnose et anesthésie. *Anesth Analg* 1954; XI (4): 789-807
- Lassner J.** Hypnose en anesthésiologie. *Acta Institut Anesthésiol* 1960; IX: 153-167
- Lassner J.** La première Société d'anesthésie. *Cab Anesthésiol* 1994; 42 (3): 443-444
- Lassner J.** La sécurité des malades anesthésiés, Éditorial. *Cab Anesthésiol* 1996; 42: 5-6
- Merle-d'Aubigné R.** Une trace. *Paris: La Table Ronde*; 1987.
- Monod R.** But général et moyens d'action de la Société – Bulletin de la Société d'études sur l'anesthésie et l'analgésie. *Séance inaugurale* 1934; 1: 61
- Moulinié J.-P.** «Quelques exemples de médecins français, héros de la guerre et de la Résistance, 1939-1945» *Thèse – Hôtel-Dieu – Paris – 1971.*
- Schleich C.** Schmerzlose Operationen – 5e édition. *Berlin: Springer*; 1906.
- Tiffeneau M.** Abrégé de pharmacologie – 4e édition *Paris: Vigot*; 1938.



Guy Vourc'h



# L'a-t-on vraiment connu? Esquisse d'un homme complexe

**François Vourc'h\***

Chargé de recherche, Urmis, université Paris VII/CNRS

Vous me demandez de me livrer à l'exercice le plus complexe auquel un enfant puisse se livrer: parler de son père. Et quand il s'agit de Guy Vourc'h, tous ceux qui l'ont connu peuvent comprendre et mesurer la difficulté de la tâche. Rester critique, ne pas tomber dans le règlement de compte freudien, ni dans l'hagiographie familiale, voilà, en effet, pour un total ignorant des choses de la médecine, ce qui n'est pas facile, d'autant plus que sa personnalité m'a à la fois marqué, intrigué, parfois révolté durant toute ma jeunesse, et continue encore à me le rendre énigmatique. Pourquoi donc s'y prêter maintenant? L'occasion sans doute de mettre en «forme» des discussions que j'avais eues avec lui dans les dernières années de sa vie sur son itinéraire. Deux questions m'intriguaient: la première portait sur les années de guerre, la seconde sur la «naissance» et la diffusion de l'anesthésie en France dans les années cinquante. Ces deux aspects de sa vie sont beaucoup plus intimement liés qu'il n'y paraît.

---

\* Je suis le seul responsable et donc coupable du texte présenté ici. J'espère que chacune ou chacun des lecteurs pourra retrouver dans ce portrait de mon père une part au moins de l'homme qu'elle ou il a côtoyé.

## anesthésie d’hier

Sans les années sombres de la seconde guerre mondiale, sa vie aurait-elle pris une toute autre direction ? je ne le pense pas. Il aurait été de toute façon médecin puisque ce sont les études qu’il avait entreprises après son baccalauréat. Mais durant ses années universitaires il fut plongé dans un univers intellectuel nouveau pour lui, marqué par la présence de nombreux normaliens qui élargirent considérablement son univers littéraire et musical. Malgré sa très forte attirance pour ce milieu et ses discussions, il n’aurait pas abandonné « médecine », ne serait-ce que pour ne pas décevoir son père.

Guy naquit en 1919 aîné d’une famille de neuf enfants, dans une Bretagne encore traumatisée et saignée par l’horrible conflit de quatorze-dix-huit.

Son père, jeune médecin, rescapé d’une très grave blessure à la tête à Verdun,<sup>(1)</sup> retourna en 1918 dans le village de Plomodiern où, dès avant le conflit, il s’était installé. C’est de ce père<sup>(2)</sup> et de sa mère, volontaires et inébranlables, qu’il reçut cette volonté de ne jamais céder à la facilité, de refuser tout compromis sur ce qu’il considérait comme relevant de « l’essentiel » et qu’il acquit cette religiosité catholique frisant le Jansénisme, cher à Blaise Pascal auquel il se référait sans cesse. Il fut toute sa vie un pratiquant intransigeant pour lequel devaient coïncider ordre social et ordre moral. Il était sur ce plan particulièrement rigide et conservateur.

---

1. Il fut ramené d’entre les lignes par son ordonnance, puis littéralement extrait d’un amas de blessés considérés comme inopérables par un chirurgien qui avait reconnu ses galons de médecin.

2. La thèse de médecine que mon grand-père se proposait de soutenir s’intitulait " La foi qui guérit : étude médicale sur quelques cas de guérisons de Lourdes ". En pleine polémique sur la séparation de l’Église et de l’État, il semble que l’Archevêque de Bordeaux soit intervenu, la veille de la soutenance, pour lui demander de s’abstenir. Au grand soulagement du jury, grand-père se présenta le lendemain avec un nouveau sujet et un texte entièrement réécrit dans la nuit avec l’aide de certains de ses camarades de la promotion des médecins de marine. Ce texte sera néanmoins publié, tel quel, en 1911.

## témoignages

Ses études furent classiques dans tous les sens du terme. À Plomodiern d'abord, puis à Quimper au collège Saint-Yves, tenu par des religieux, où, comme ses frères cadets, il fut pensionnaire jusqu'à la classe terminale dite de Philosophie à cette époque. Il n'en garda pas de très bons souvenirs, et les photos de lui à cette époque montrent un jeune homme plutôt gauche et sombre. Une fois le baccalauréat passé brillamment, il entama à Paris des études de médecine, logeant à la Cité universitaire, qu'il dut interrompre pour passer six mois dans un sanatorium puis effectuer son service militaire.

Il refusa d'être incorporé puis mobilisé en 1939 comme infirmier, ce qui était le cas des étudiants de première année (PCB) de médecine. Il demanda et obtint son transfert dans l'infanterie, et c'est à l'école des officiers de Fontenay-le-Comte que l'effondrement de l'armée et l'armistice de 1940 le surprirent. Refusant cette capitulation, il déserta aussitôt et tenta avec plusieurs de ses amis de rejoindre l'Angleterre. Il n'y parvint qu'en octobre 1940 en compagnie de son frère Jean et de quatre autres de ses camarades, après une odyssée de onze jours sur un bateau, *la Petite Anna*.<sup>(3)</sup>

Les quatre longues années qu'il passa en Angleterre furent à la fois une période de frustrations pour celui qui ne rêvait que de prendre part au combat,<sup>(4)</sup> et une période

---

3. Partis de Douarnenez, en octobre 1940 pour une traversée qu'ils croyaient courte, Guy et ses amis furent pris dans une effroyable tempête. Papa pensant qu'ils n'en sortiraient pas vivants se mit à leur réciter, plus délirant que conscient, la "prière des agonisants". Il aurait pu choisir un texte de Platon tiré du seul ouvrage qu'il avait emporté, le Phédon, dialogue sur la mort de Socrate, magnifique dissertation sur l'immortalité de l'âme.

4. Guy Vourc'h était persuadé que les prochains combats auraient lieu sur le sol anglais. C'est la raison pour laquelle il choisit d'y rester, contrairement à son frère Jean qui rejoignit l'armée de Leclerc en Afrique. C'est en souvenir de son frère Jean mortellement blessé la veille de la libération de Paris en août 1994 que Papa accepta d'être, pendant plusieurs années, "le représentant des familles de Compagnons" au sein de l'Ordre de la Libération.

## anesthésie d’hier

d’intenses réflexions politiques qu’il partagea avec son ami Guy Hattu,<sup>(5)</sup> neveu de Georges Bernanos pour lequel il avait une profonde admiration. Cette amitié des deux Guy les conduisit à demander et obtenir ensemble en 1942 leur mutation aux commandos Kieffer où ils retrouvèrent un troisième Guy, Guy de Montlaur.<sup>(6)</sup> Ils participèrent au débarquement du six juin 1944. Seul des trois Guy mon père y fut grièvement blessé quelques minutes après le débarquement. Passant le commandement de sa Troop numéro 1<sup>(7)</sup>, il vit s’éloigner ses camarades de combat.<sup>(8)</sup>

Refusant l’occupation «boche», selon l’expression héritée de la Grande Guerre, la famille toute entière fut mise à contribution. Ainsi, pour reprendre le bel hommage d’un des membres du réseau auquel la famille restée en France participa, «entre 1940 et 1944 à chaque messe pascale le banc de la famille se vidait, et en 1944 il ne restait plus qu’une seule représentante frêle et isolée à la Grand-messe de Plomodiern. La famille était alors dispersée sur tous les fronts de la guerre : Résistance intérieure, Afrique Noire, Libye, Alger, Italie; débarquements de Normandie, Provence, ou en Hollande; campagne d’Alsace, etc. à chaque fois se trouvait au moins une ou un Vourc’h, pour y prendre part».

Si une des marques de la personnalité de mon père fut la rudesse, il ne faudrait pas cependant la réduire à cet abord, car cela masquerait ce qui intellectuellement composait l’autre facette de sa personnalité : tous les grands courants de

---

5. Tous deux fréquentaient le cercle de la revue *La France Libre* connue pour son opposition au général de Gaulle.

6. Guy Hattu devint le parrain de mon frère aîné Jean-Guy, Guy de Montlaur le mien.

7. Les Commandos Kieffer étaient composés de *Troops*. Papa, bien qu’officiellement sous-lieutenant, commandait la troop numéro 1. Ce fut la plus touchée sur la plage de Ouistreham.

8. Philippe Kieffer dans son ouvrage *Béret Vert* a publié une lettre que Papa lui avait fait parvenir de l’hôpital anglais où il avait été évacué.

## témoignages

philosophie de la Grèce et de la Rome antique à celle des Lumières; il était toujours prêt à se lancer dans une discussion intellectuelle éclairée par ses références multiples; Xénophon, Démosthène, Socrate, Platon, Cicéron, etc.. aucun n'avait de secrets pour lui et de la même façon que ses références littéraires, Montaigne, Pascal, Racine, Corneille, Voltaire, <sup>(9)</sup> Renan, mais aussi Villon, Baudelaire, <sup>(10)</sup> Verlaine. Elles constituaient souvent pour moi enfant et adolescent, référence et cauchemar; fascination et terreur (seules les citations du sapeur Camembert qui le faisait rire aux larmes, comme le savant Cosinus, restaient à ma portée).

Il ne s'agissait nullement d'une culture désordonnée, empilement de citations livrées mal à propos, mais au contraire d'une véritable culture classique et moderne, de laquelle il nourrissait sa vision du monde. Ses auteurs chrétiens préférés, Saint Augustin, Pascal, Péguy, Bernanos, et deux Bretons, Chateaubriand et Renan, celui de la Prière sur l'Acropole plutôt que le rationaliste, indiquent cette fidélité à un courant de pensée austère pour lequel c'est dans la souffrance intérieure que se révèlent le stoïcien et le Chrétien que la foi contraignait à chercher, sans cesse, son salut éternel et son rachat final par la grâce divine. Des Grecs et particulièrement de Démosthène, c'est le refus de l'asservissement au vainqueur à l'image de l'orateur de la liberté des Grecs face à Philippe de Macédoine, qu'il faut retenir, de même que les Carmélites de Bernanos ne courbèrent pas la tête devant l'échafaud. Son livre préféré, celui dont il connaissait chaque mot, chaque phrase, et sur lequel il méditait souvent était les *Mémoires d'outre-tombe*,

---

9. Il utilisa comme pseudonyme Candide de l'agnostique auteur pour écrire certains articles, marque que s'il était catholique, il jouait volontiers de l'anti-cléricalisme et n'avait pas beaucoup d'estime pour l'institution en tant que telle, héritage là aussi de sa jeunesse et de la guerre.

10. Il avait baptisé le Doris des raids commandos en Hollande, alors submergée par les eaux, " Héautontimerouménos: le bourreau de soi-même " en hommage à Baudelaire dont il connaissait par cœur de nombreux poèmes.

## anesthésie d’hier

glorifiant le devoir chrétien dans l’espérance du salut divin, et, face à la mort, dans l’éblouissante perspective de l’éternité.

Cette vaste culture correspondait à la représentation qu’il avait de son métier de médecin et de ses responsabilités de formateur. Rectitude morale, que reflétait cette constante référence au serment d’Hippocrate et qui s’accompagnait d’un savoir médical quasi encyclopédique favorisé par une mémoire assez phénoménale qui lui a permis de contourner les obstacles des mathématiques, rare domaine dans lequel il se reconnaissait totalement incompetent. Paradoxe encore, car lui qui n’arrivait que difficilement à réparer une prise électrique a, tout au long de sa carrière, baigné dans un univers professionnel totalement « technologisé » et pour lequel il pouvait, aux dires de ses interlocuteurs de l’Afnor par exemple, citer toutes les caractéristiques des divers appareils qu’il utilisait.

Son expérience politique fut complexe, et reste pour moi assez mystérieuse. Étudiant à Paris avant-guerre il fut semble-t-il, un moment, tenté par la droite monarchiste et conservatrice, en un mot maurrassienne. Cependant comme son père il condamna les accords de Munich. Il apporta son soutien aux Républicains espagnols<sup>(11)</sup> et rejeta le Franquisme comme le Nazisme. En Angleterre il connut une expérience politique contradictoire : farouche anti-nazi, il rompit néanmoins avec le Gaullisme triomphant tout en abandonnant ses références d’antan. Nous n’avions que peu de discussions politiques, mais elles portaient sur les grandes questions de l’après-guerre. Un de mes plus anciens souvenirs fut son écoute, émue et révoltée, des émissions d’appel à l’aide diffusées au moment des violentes répressions des

---

11. Pour lui la position de Georges Bernanos était, en tant que catholique, la seule position défendable. Dans les rangs des commandos il rencontra plusieurs combattants de la guerre d’Espagne, notamment des membres des Brigades internationales, pour lesquels il avait une profonde admiration et énormément de respect.

## témoignages

émeutes de Budapest. Il fut un chaud partisan de Pierre Mendès-France et de sa politique de décolonisation de l'Indochine. Durant la guerre d'Algérie, il condamna vivement l'usage de la torture sans pour autant, à ma connaissance, prendre parti publiquement ou participer à des manifestations.<sup>(12)</sup> Plus tard il accueillit mai 1958<sup>(13)</sup> puis la fin de la guerre d'Algérie avec soulagement mais ce ne fut qu'à la lecture des *Mémoires de Guerre*, et non pour son action politique, que le chef de la France libre retrouva grâce à ses yeux. En dehors du journal *Le Monde*, il lisait peu de journaux ou d'hebdomadaires, parfois *France Observateur*, ou *l'Express* de l'époque. La seule revue qui accompagna ses réflexions fut *Esprit* auquel il fut abonné dès les premiers numéros de l'après-guerre et où il lisait avec plaisir les textes et éditoriaux d'Emmanuel Mounier puis de son successeur Jean-Marie Domenach.

Son attitude à l'égard de mai 1968 et de son cortège d'utopie apparaît, à la relecture des documents que vous avez bien voulu mettre à ma disposition, moins hostile, plus ouverte que les souvenirs que j'en avais. C'est sans doute son discours au XVIII<sup>e</sup> congrès français d'anesthésie-réanimation de La Baule<sup>(14)</sup> qui illustre le mieux son regard sur cette période : Péguy, Bernanos, Chateaubriand, Renan furent une fois de plus convoqués à l'appui de ses réflexions critiques. S'il sembla trouver légitime et nécessaire la contestation du conservatisme universitaire voire politique, il n'en fut pas de

---

12. Il écrivit cependant une lettre de soutien au général Paris de la Bollardière sanctionné en 1957 pour avoir protesté contre l'usage de la torture ; de même il reprocha vivement au général de Gaulle de ne pas être intervenu malgré les faits que lui avait rapportés Geneviève Anthonioz-de Gaulle ainsi que d'autres.

13. C'est une des rares fois où nous sommes allés, en famille, sur les Champs Élysées pour voir passer de Gaulle et Coty.

14. Publié dans *Anesthésie Analgésie Réanimation*. 1968 ; Tome XXV : Pages CDXXXV-CDXXXIX.

## anesthésie d’hier

même pour ce qui touchait les évolutions sociétales et particulièrement celles concernant les mœurs. Les débats sur la liberté sexuelle, l’avortement, etc. donnèrent lieu à des affrontements violents, loin de ceux marquant une simple divergence d’opinion. Là encore il rompit avec nombre de ses proches, familiaux comme professionnels, malgré les liens étroits qui jusqu’alors pouvaient les lier.

C’est au cours de ce mois de juin 1968 où, pour une des rares fois de sa vie et par hasard, disait-il, s’étant retrouvé à l’Arc de Triomphe le jour de la commémoration du dix-huit juin 1940 ou six juin 1944 il fut scandalisé de s’y faire traiter de fasciste par les étudiants présents. Il fit part de sa fureur dans une belle lettre au *Monde*.<sup>(15)</sup> On y retrouve toute son indignation, sa révolte et finalement son incompréhension de cette injure faite aux morts. Plus largement il fut violemment hostile, et le montra, à ce mouvement social qui se déroulait, et n’apprécia guère que ce fut Sartre, qui « n’avait pas un seul jour de guerre à se reprocher », qui en devint une des figures emblématiques.

Je n’avais, adolescent, que peu de relations avec son univers professionnel, si ce n’est, à table, au travers des anecdotes parfois effroyables, à faire blêmir les invités non-médecins, qu’il se complaisait à distiller à la fin des repas (ablation de la vessie à la place d’une appendicectomie, oubli de divers instruments et compresses, erreurs de diagnostic voire de malade, etc.). Parfois il se livrait aussi à des récits, emprunts de satisfaction, de ses « empoignades » – terme euphémisé – avec la direction ou ses collègues de Foch. Il rapportait qu’un de ces derniers expliquait « Je n’ai que deux ennemis : mon percepteur et Voure’h » ; le directeur de Foch se voyant accuser de ne sembler vouloir diriger qu’un « petit hôpital de province » alors que Papa le voulait à la pointe.

---

15. Elle fut republiée vingt ans après dans le dossier que ce même journal consacra à ce joli mois de mai.



## témoignages

Restent cependant quelques souvenirs des journées fébriles de la préparation de son agrégation, de l'installation d'un secrétariat dans l'une des pièces « gagnées » sur l'appartement mitoyen de ma grand-mère maternelle ou encore de mallettes mystérieuses, contenant des instruments d'anesthésie, de piles de documents ou de médicaments en vrac dans son bureau. Le plus souvent, cependant, il s'y enfermait, et ne ressortait que quelques heures plus tard ayant écrit, d'une traite généralement, un article en français ou en anglais, ou corrigé des épreuves d'articles ou des copies, exercice qui, comme tous les autres enseignants, parfois le désespérait, parfois le faisait pleurer de rire devant des énormités que je ne comprenais pas.<sup>(16)</sup> Restent ces cortèges de garde accompagnés quelquefois de départs précipités ou encore ces nuits de « premières » médicales.<sup>(17)</sup> Une seule fois, je l'ai vu à l'œuvre lors de la diffusion à la télévision d'une opération. À peine l'émission avait-elle commencé qu'il se leva furieux, car les producteurs avaient « plaqué » le commentaire d'une autre opération similaire sur les images diffusées, reproduisant « involontairement » l'inversion de Chateaubriand dans son voyage de Paris à Jérusalem : le patient avait le cœur à droite et les intervenants semblaient très mal latéralisés.

Rares moments de convivialité professionnelle réelle, les dîners « fromages » se déroulant au « 54 faubourg Saint-Honoré », attendus avec impatience pour « voler notre Lucullus favori », où se mêlaient grands patrons (ou présumés

---

16. Comme cette question posée, je ne sais plus où, par un étudiant en fin d'études d'anesthésiologie "À votre avis quels sont les signes d'une insuffisance respiratoire? "

17. Cet argument d'urgence médicale a d'ailleurs servi à nos parents à nous masquer sa participation à l'opération de défense de Paris lors des menaces de débarquement de parachutistes putschistes en provenance de l'Algérie. « Promenade » qu'il fit en compagnie de Jean Lassner... Il en était revenu le lendemain matin, s'amusant – « c'était le foutoir » – d'avoir dû patrouiller toute la nuit, gêné par une paire de chaussures enfoncée dans ses poches.

## anesthésie d’hier

par moi comme tels), collègues, amis, élèves et collaborateurs, ainsi que les repas familiaux avec certains de ses élèves dont nombre d’étrangers. Turquie, Syrie, Liban... tout un monde nouveau s’ouvrait à moi. Parfois d’autres échos me parvenaient par l’intermédiaire de relations de situations durant lesquelles il se montrait sous un jour inconnu : comme cette mémorable fête des internes de Foch à laquelle il se rendit déguisé en cardinal bénissant ses ouailles comme le montrent les photos.

C’est aussi ainsi que je le retrouvais en Bretagne, immuablement du 15 juillet au 15 août, où, déchargé des contraintes parisiennes, il se détendait, aimant faire du bateau, pêcher le crabe ou à la senne, volontiers convivial, avec ses amis ou des étrangers de passage, sauf avec les Allemands évidemment : un jour un couple se présenta près de la maison de la pointe Ty Gard ; Papa leur expliqua son histoire, etc. puis leur demanda d’où ils venaient ; « d’Allemagne » répondirent-ils innocemment. « Les assassins reviennent sur le lieu de leurs crimes » leur jeta-t-il, en rentrant dans la maison et en fermant la porte. L’Allemagne « objet de son ressentiment » où pendant longtemps il refusa de se rendre, comme d’ailleurs en Espagne du temps de Franco. En Bretagne, que ce soit à Menez C’heg, maison reconstruite en granit par mon grand-père, en remplacement de celle détruite à la dynamite par les « boches » pendant la guerre, Ty Gard ; dernier vestige des tentatives napoléoniennes pour surveiller les Anglais, et, dit-on, interdire aux « Bretons » de commercer avec eux, lors du blocus continental, que papa restaura. Elle est composée d’une pièce unique, perchée sur la falaise, entourée d’eau. Et enfin Menez Yann construite à la fin des années soixante-dix « loin » dans les terres, sur les coteaux du Menez Hom... sur un terrain où, adolescent, Papa aimait passer ses après-midi à lire et méditer. Toujours vêtu de ses costumes de pêcheur roses pour Camaret ou bleus pour Douarnenez, costumes délavés et rapiécés de préférence qui firent dire à une

## témoignages

«touriste» à sa fille trop curieuse «laisse donc ces pauvres gens tranquilles». Il y retrouvait un peu de ses sensations de l'avant-guerre, adorant conter, à l'instar de son père remarquable et terrifiant conteur, pour les enfants comme pour les adultes. Les korrigans, les visites nocturnes de Mathusalem, la ville d'Ys, le Roi Gradlon, les miracles de Saint Guénolé, l'abominable Dahu ou l'ambiguë Marie Morgane, etc. ont baigné mon enfance.

Des souvenirs aussi de retour de congrès ou de tournées de conférences dont il revenait parfois passionné par les discussions qu'il avait eues comme au Brésil ou en Roumanie, parfois accablé devant la stupidité de ses interlocuteurs comme ce médecin maréchal soviétique, bardé de décorations en tout genre qui, insultant tous ses subordonnés, lui avait fait faire, en plein hiver, le tour d'un des grands hôpitaux glacials du pays sans se soucier le moins du monde du confort de son invité.

Mais revenons au début de sa carrière. Reprendre des études de médecine après des années de vie militaire ne fut pas chose aisée. Dans la discussion que nous avons eue, et que vous retrouverez dans ce même document, il fait part de ses hésitations et des difficultés rencontrées: après tant d'années d'interruption, il fut un moment tenté de s'engager dans l'armée comme la proposition lui en avait été faite, ou encore de devenir administrateur des colonies en Afrique. Le choix de l'anesthésie fut un choix «par défaut», mais très vite il prit conscience de son importance.

Si le retour en France fut rude, il réussit cependant à construire, à Foch, une sorte de «niche» hors des contraintes de l'Assistance publique. En 1952, l'anesthésie n'était toujours pas considérée comme relevant de la médecine, mais pouvait être administrée, comme dans l'avant-guerre, par le premier venu. La médecine était alors dominée par la figure emblématique du chirurgien et le rôle de l'anesthésie était de rendre le malade disponible moins pour l'acte chirurgical que pour le chirurgien.

## anesthésie d'hier

Et c'est là que, semble-t-il, se noue le conflit qui devait «empoisonner»<sup>(18)</sup> la vie des anesthésistes durant plusieurs décennies. Pour résumer grossièrement deux écoles étaient aux prises, l'une s'intéressait au patient et visait à l'autonomie complète de l'anesthésie déconnectée de l'acte chirurgical lui-même; c'est elle qui devenait en quelque sorte l'acte premier de la suite opératoire. Elle aurait accessoirement permis de mettre fin à la toute-puissance du chirurgien, puisque c'est l'anesthésiste qui aurait, et lui seul, décidé du moment de l'intervention.

L'autre école, en tous les cas telle que la présentait mon père, se proposait à l'inverse de partir de la nature de l'acte chirurgical à effectuer; le but était de présenter le patient au chirurgien dans les meilleures conditions possibles pour son intervention. Il fit des chirurgiens ses alliés, de son service, de ses élèves sa carte de visite qu'il opposait avec une fierté teintée d'orgueil à ses détracteurs, mais il les soumit aussi à des impératifs horaires rigoureux, exigeant d'eux respect et exactitude. Là encore ses collègues chirurgiens de Foch peuvent témoigner de l'acharnement qu'il mit à traquer le moindre manquement aux règles qu'il leur imposait. Il voulait un service exemplaire et les incidents ou erreurs qui y survenaient étaient comme la marque d'un camouflet personnel. Ce qu'il reprochait sans appel aux autres lors de ses expertises judiciaires, il ne pouvait accepter que cela se produisît chez lui. Plusieurs fois je l'ai vu blême, raccrochant le téléphone, se prenant la tête dans les mains, et s'exclamant «Comment est-ce possible qu'une telle chose se produise chez moi?»

Le paradoxe, et l'expérience de Foch l'a montré, fut que pour que l'ensemble soit efficace, il fallut dessaisir les

---

18. L'affrontement fut rude et violent et perdura longtemps entre ces deux écoles, et il n'est pas de ma compétence de discuter du contenu et de la validité scientifique des uns et des autres, mais il faut souligner que cette querelle n'a essentiellement eu lieu qu'en France.

## témoignages

« patrons chirurgiens » du contrôle des structures lourdes que constituaient les salles d'opérations et les regrouper en un seul lieu placé sous la direction d'un anesthésiste.

C'est dans cet hôpital affranchi de toutes les contraintes pesant sur ses collègues de l'Assistance publique qu'il put mettre ses idées en pratique. C'est ainsi qu'il a patiemment constitué le « fameux bloc opératoire » où il a régné en « Monsieur » pendant toute la suite de sa carrière.

Et ceci nous renvoie à la structuration des professions de médecine hospitalière telle qu'il me l'a décrite dans notre entretien.

L'autre volet auquel il tenait, se rappelant ses premières anesthésies d'avant-guerre, est que l'acte anesthésique est un acte médical, non-infirmier, que seuls des médecins spécialistes formés à cet effet pouvaient accomplir ou en avoir la responsabilité directe (ce qui à Foch se traduisait par la présence d'une équipe d'infirmières spécialisées). En aucun cas il ne pouvait accepter qu'un chirurgien – y compris son beau-frère Alain Gayet – s'arrogeât le droit d'en prendre la responsabilité. « Il n'y a pas de petites anesthésies » était un de ses leitmotivs. Or c'est ce qui se passait dans bon nombre de services hospitaliers – sans parler des cliniques privées voire des cabinets dentaires – dans les années cinquante.

À son retour en France, il fut collé au premier examen d'assistantat auquel il se présenta : le sujet et surtout sa réponse dépassant l'entendement des examinateurs. On rejoint là une autre de ses préoccupations, faire que l'enseignement et le contrôle des connaissances des futurs anesthésistes soient faits par des anesthésistes pour des anesthésistes. Il y consacra beaucoup de temps, sans pour autant abandonner l'exercice pratique du métier. C'est sur l'articulation de ces deux domaines, pratique et enseignement, qu'il faisait reposer l'avenir de cette spécialisation.

Reste un troisième volet dans lequel son caractère, ses certitudes et son intransigeance l'ont écarté ou lui ont fait

## anesthésie d’hier

refuser de participer, celui des allées du pouvoir. Campé dans la posture du «Juste», jouant habilement, et non naïvement comme il aimait le faire croire, sur la contradiction inhérente entre s’occuper de la structuration d’un univers professionnel et exercer quotidiennement cette activité, il faisait semblant de penser qu’il lui suffisait de «dire le vrai» pour que toute opposition s’éloigne. Sans doute n’a-t-il pas toujours mesuré les enjeux réels ou s’est-il trop refermé sur le seul exercice professionnel comme gage de la compétence, mais que de chemin parcouru depuis le masque d’Ombredanne jusqu’aux ordinateurs et à la surveillance informatisée, dont il a, là aussi extrême paradoxe, été un des promoteurs !

Homme paradoxal, apparemment froid et distant, intransigeant, parfois cassant, il savait aussi être chaleureux et drôle, et mettre ses connaissances au service de ses interlocuteurs, et je le voyais être d’une incroyable écoute à l’égard d’amis ou de connaissances dont les arguments m’auraient pourtant valu une volée de bois vert.

Il ne m’est pas possible de conclure cette brève notice sans parler de ma mère, grande absente de ce texte alors qu’elle a sans doute, plus que mon père, structuré la vie familiale, me faisant percevoir qu’une vie était possible sans ces affrontements permanents. Elle était porteuse d’une conception d’un monde pacifié, tolérant, dans lequel chacun avait droit d’expression y compris sur des sujets «difficiles» touchant à l’ordre moral. Ils s’étaient rencontrés au milieu des années trente lors de la venue de la famille Gayet à Plomodiern. Brigitte a accompagné sa pensée d’abord, sa vie ensuite. Comment vivre et aimer après les horreurs, dont le monde effaré découvrait l’étendue ; de cette guerre, qu’il a terminée en Allemagne dans l’armée d’occupation, il écrivait à sa future épouse : «Rien ne sera jamais plus comme avant, j’ai trop vu ce que peuvent faire les hommes, et jamais, je ne retrouverai ma joie d’avant-guerre». Les consignes aux troupes alliées installées en Allemagne allaient jusqu’à interdire de répondre «au sourire des enfants». C’est sans

## témoignages

aucun doute Brigitte qui lui a permis de surmonter ce « spleen » qui l'a bien souvent terrassé. Si tous deux possédaient en commun une foi profonde, qui s'exprimait différemment, ils ont surtout partagé un amour lumineux. La fin de sa vie fut douloureuse, mais Maman a fait face, persuadée que dans l'au-delà ils se retrouveraient tels qu'ils s'étaient retrouvés, sur les marches de la Madeleine en 1946, elle jeune diplômée de pharmacie et lui jeune officier des commandos Kieffer auréolé de gloire et de mystère.

Je ne peux que leur souhaiter que ces retrouvailles tant espérées eurent lieu en 1998 lorsque, après une terrible maladie, maman nous a, à son tour, quittés.

### « Les incidents du 6 juin à l'Arc de Triomphe »

Je suis ancien commandant de compagnie du 1<sup>er</sup> bataillon de fusiliers marins-commandos, actuellement professeur à la faculté de médecine de Paris.

Le 6 juin dernier, anniversaire du débarquement de Normandie, je me suis dirigé vers l'Arc de Triomphe pour me joindre à la cérémonie prévue précisément à 18 heures en mémoire de nos camarades tués au combat il y a vingt-quatre ans. Ma présence était pure coïncidence ; au cours des années passées, j'ai rarement eu le loisir d'y prendre part en personne, bien que le souvenir de mes camarades morts reste chaud en mon cœur.

Une autre manifestation bloquait les Champs-Élysées : elle groupait

des membres de la CFDT. J'ai eu la surprise d'y voir flotter des drapeaux noirs et rouges et des banderoles d'étudiants (les unes expliquant les autres, sans doute).

Mes camarades et moi (une centaine d'anciens commandos et parachutistes de la France libre) nous sommes groupés au coin de l'avenue des Champs-Élysées et avons déployé nos vieux drapeaux, frappés d'une croix de Lorraine, il est vrai.

C'étaient les mêmes qui, en 1944, avaient été accueillis avec un délire de joie par les villages que nous libérions. Cela constituait, semble-t-il, une provocation inadmissible. Une centaine de manifestants, qui pouvaient avoir entre vingt et vingt-cinq ans, et dont la mise

## anesthésie d'hier

n'évoquait pas la condition ouvrière, se sont rués sur nous en nous traitant de fascistes, de salauds, levant le poing et chantant l'Internationale.

Je voudrais faire remarquer, timidement, que si ces jeunes gens peuvent aujourd'hui se conduire comme ils le font, c'est peut-être parce que d'autres, leurs aînés, ont payé fort cher ce droit pour eux.

S'entendre traiter de fasciste quand on a, comme moi, souffert dans son âme et dans sa chair cinq ans de guerre contre le nazisme et le fascisme est une chose qu'on accepte mal, surtout le jour où l'on célèbre l'anniversaire de la Libération. Bon nombre de ceux dont nous honorons la mémoire étaient des socialistes, des communistes.

D'autres étudiants, nos camarades, sont morts pour le même combat

dans les camps de déportation ou fusillés. L'insulte de ces jeunes irresponsables les salirait autant que nous si nous n'étions, au-delà de leurs atteintes, unis dans une communion qu'ils semblent incapables de concevoir.

La suite des événements a été ce que l'on pouvait prévoir : certains des « anciens combattants », comme on dit, ont manifesté des sympathies politiques dont l'expression était certainement déplacée en pareille circonstance. Presque tous sont restés calmes, et la cérémonie a pu se terminer dans la dignité. Méritions-nous cela ?

Pour ma part, je ne le pense pas, car je n'ai pas changé.

Le Monde : 5 juin 1968  
Guy Vourc'h



témoignages



Octobre 1988, Brigitte et Guy Vourc'h



Guy Vourc'h, Londres 1943

## Guy Vourc'h et son pays: Plomodiern « Ces hommes qui nous ont libérés »

Extraits de la *Revue de la France Libre*, 2<sup>e</sup> trimestre 1982, p. 9-11

Ceux qui ont eu l'occasion d'approcher le professeur Guy Vourc'h gardent le souvenir d'une personnalité qui savait associer grandeur et simplicité.

Ceux qui ont eu le privilège de partager son activité professionnelle se souviendront de la richesse de son enseignement, de sa rigueur pour lui et pour les autres, de son humanité, de sa bonté.

Mais Guy Vourc'h, c'est aussi « Les Vourc'h de Plomodiern ».

Le 11 avril 1982, le jour de Pâques, le bourg de Plomodiern qui, à l'entrée de la presqu'île de Crozon, étage autour de son clocher de granit ses maisons bleues, a été consacré haut lieu de la Résistance, par l'apposition sur la façade de sa mairie d'une plaque à la mémoire du docteur Vourc'h.

## anesthésie d’hier

Ce docteur-là ne se prénomme pas Guy, puisqu’il s’agissait de son père, mais c’est bien toute une famille qui méritait cette reconnaissance.

Ce père, fervent catholique, médecin, issu d’une famille paysanne de Guipavas, avant-dernier d’une fratrie de dix enfants, glorieux combattant de la guerre 14-18, avait déjà reçu, aux Invalides, la croix de la Légion d’Honneur en 1916. À cinquante-quatre ans, dès juin 1940, après des positions publiques qui lui vaudront quelques jours de prison, il aide les jeunes gens qui veulent rejoindre de Gaulle. En avril 1941, il entre dans un mouvement de résistance organisé et crée le «Réseau Johnny», plaque tournante pour les renseignements en provenance de Brest. Ce réseau fut détruit par la Gestapo, et en 1942 il réussit à s’échapper. Le 8 novembre 1942 il est à Alger où il retrouvera pour la dernière fois son fils Jean, combattant dans la colonne Leclerc. Dans la paix retrouvée, devenu député puis sénateur, il œuvre pour la mémoire de la Résistance.

Il était le père de quatre garçons et cinq filles, tous engagés avec la même volonté de libérer la France :

Guy: Béret vert des commandos. Débarqué à Ouistreham ;

Jean: 2<sup>e</sup> DB – Compagnon de la Libération. Blessé le 24 août à Voisins-le-Bretonneux près de Versailles – Mort le 28 août 1944 ;

Paul: Cadet de la France libre «promotion Fezzan,-Tunisie» – 1<sup>er</sup> DFL – Débarqué à Fréjus ;

Yves: Béret vert des commandos – Débarqué à Ouistreham ;

En ce jour de mémoire, il convient de rappeler les liens exceptionnels qui unissent Guy Vourc’h et Jean Lassner, liens qui ne furent pas seulement professionnels.

En 1942, restée seule, la mère de Guy poursuivit l’action de son mari et continua à recevoir et à aider les résistants. En octobre 1943, un jeune officier, récemment parachuté en France, sorti de la promotion Bir-Hakeim des cadets de la

## témoignages

France libre, vient demander son aide. Il s'agit de Jean-Claude Camors, chef du réseau Bordeaux Loupiac, spécialement chargé du rapatriement sur l'Angleterre des aviateurs alliés tombés en France. Il obtient le concours enthousiaste de Marguerite Vourc'h et de son fils Yves, et réussit le 23 octobre 1943 à quitter Camaret avec les dix-neuf aviateurs qui avaient été cachés dans la Chapelle Sainte-Marie de Menez Hom.

Jean-Claude Camors était l'ami d'un autre Cadet de la France libre, Jean-Claude Diamant-Berger, frère de Colette Lassner. Jean-Claude Diamant-Berger était de la promotion Fezzan-Tunisie avec Paul Vourc'h.

Jean-Claude Camors, Compagnon de la Libération, fut pris et tué par la Gestapo en 1943.

Jean-Claude Diamant-Berger, parachutiste, est mort pour la France sur les bords de l'Orne le 24 juillet 1944.

Poète, il écrivit ce texte en apprenant la mort de Camors, son ami et camarade d'École, poème que Guy Vourc'h, qui lui aussi avait connu et apprécié Jean-Claude Diamant-Berger à Londres, connaissait par cœur et récitait à haute voix à ceux qui voulaient bien l'écouter :

*Ce ne sont pas nos larmes creuses  
et nos regrets et nos pensées  
qui pourront nous faire éternels;  
il ne s'agit pas de pleurer.  
Ce n'est pas un poème triste  
qui pourra te rendre à la vie  
Camors et déjà tu n'es plus même un souvenir  
mais une légende. Une Légende et toi où es-tu?  
Dieu le sait Camors  
Ce n'est pas un poème triste  
ce ne sont pas des larmes même  
ce ne sont pas des causeries  
qui pourront te faire revivre.  
En France et dans le Monde, ô combien de rosaires*

## anesthésie d'hier

*En France et dans le Monde, ô combien de prières sont détachées  
pour toi aux marécages de la chair humaine ?*

*Tu n'es plus même un souvenir  
mais légende et ta mort sur notre adolescence  
s'est refermée comme une hache.*

*Qui nous rendra nos jeunes ans  
et l'été de Bewdley et la Severn harmonieuse  
et mon amour dévorateur  
pour cette jeune fille douce ;  
et ton héroïsme aimé*

*Camors, et le soleil baissé près de nous quand sous le grand arbre  
nous écoutions la deuxième symphonie.*

*Ce n'est pas un poème triste ni un rêve ni la nostalgie  
Mais la Vie, la Vie hors du monde*

*Pourquoi éparpiller la mort et la douleur quand un seul cadavre  
enferme la mort tout entière  
et lorsque toutes les souffrances se résolvent dans sa passion.*

*Ils ont brisé tes os, ils ont martyrisé Ton Corps  
Et j'étais avec eux Seigneur et ce sang que tu verses vient de moi.*

Ainsi se retrouvaient, unis par la guerre et le souvenir de leurs morts, Jean Lassner et Guy Vourc'h qui, collègues et amis, ne surent cette histoire que bien des années après leur rencontre.

## Interview inédite de Guy Vourc'h

Réalisée, en 1986, par son fils François

La guerre terminée, je suis retourné à la vie civile. J'avais commencé mes études de médecine avant la guerre. Nous faisons alors obligatoirement, en première année, un stage en chirurgie. L'anesthésie, que personne n'aimait, était donnée à ce moment-là par n'importe qui : une infirmière peu formée, le médecin de quartier qui n'y connaissait rien, parfois le chauffeur du chirurgien et, à l'hôpital, les externes et les stagiaires. Les externes se défilaient le plus possible. C'étaient en général les malheureux stagiaires, qu'une infirmière harponnait en disant : «Tenez, Vous, il y a un malade à endormir... Endormez-le en vitesse. Le Patron attend. Dépêchez-vous...».

Le seul «appareil» disponible à ce moment-là pour administrer une anesthésie était le masque d'Ombrédanne. C'était une espèce de boule métallique contenant du feutre. Nous la remplissions d'éther, de chloroforme, ou du mélange de Schleich (éther, chloroforme et chlorure d'éthyle). Lorsqu'on nous demandait d'endormir des patients, personne n'avait la moindre idée de ce qui se passait.

## anesthésie d’hier

On nous expliquait: «Voilà, tu mets le masque sur la face du malade, puis tu tournes la manette: 0,1,2... Puis de temps en temps – toutes les minutes... Toutes les deux minutes... Tu montes d’une graduation. Parfois le malade tousse ou vomit, il faut alors revenir en arrière, parce que cela peut être dangereux. Quand tu es arrivé à huit, le maximum, le malade dort».

Quand le malade ne dormait pas bien, le chirurgien protestait:

«Alors quoi, vous me l’endormez ce type-là!

– Mais, monsieur, je suis à huit...»

Les réveils étaient épouvantables: le patient vomissait. C’était affreux. À l’époque j’étais inconscient du danger que l’on faisait courir aux patients en les endormant ainsi, parce que personne ne m’avait appris la moindre chose sur l’anesthésie.

En janvier 1946, j’effectue un premier stage en chirurgie. Rien n’avait changé, toujours le masque d’Ombredanne. Mais tout de même, l’Assistance publique de Paris avait acheté des appareils d’anesthésie de l’armée américaine. Tous les services de chirurgie avaient reçu deux appareils (Heidbrink). Mais personne ne savait s’en servir!

En juin 1946, j’ai été reçu major au concours de l’externat des hôpitaux de Paris. J’ai été affecté au service de chirurgie à l’hôpital Beaujon chez Jean-Paul Binet. J’étais jeune marié et nous avons un enfant. J’ai expliqué à mon patron mon parcours un peu particulier, médecine avant la guerre, la guerre, médecine après la guerre, et surtout ma situation familiale. Il me paraissait donc difficile de préparer l’internat étant donné mon âge. Je cherchais surtout un métier pour faire vivre ma famille.

Jean-Paul Binet me dit alors: «Pourquoi ne faites-vous pas de l’anesthésie? c’est tout à fait nouveau. Il y a un grand avenir là-dedans. En Angleterre et en Amérique, c’est déjà beaucoup plus élaboré. Vous devriez essayer d’obtenir une bourse pour aller dans ces pays-là apprendre l’anesthésie».



## témoignages

N'ayant de ma part comme réponse ni oui ni non, il reprit : «Et bien puisque l'anesthésie vous intéresse, je vous charge de l'anesthésie». Cela ne me donnait pas davantage de connaissance de l'anesthésie. Il faut dire qu'à cette époque, je n'étais pas le seul à tout ignorer de la chose. Il en était de même des infirmier(e)s, des chirurgiens, des surveillantes qui étaient appelés à endormir les malades.

Le père de mon ami Jacques Boureau racontait que lorsque son malade ne dormait pas, Antonin Gosset envoyait des coups de pied sous la table en disant : «Boureau, alors quoi ! Débrouillez-vous». À l'époque, les rares médecins anesthésistes allaient gagner leur vie dans les cliniques privées avec les patrons des hôpitaux. Quand il y avait une opération très difficile à pratiquer dans le service le chirurgien demandait à un des médecins anesthésistes pratiquant en ville de venir endormir le malade, et ceci bien sûr bénévolement !

Aux environs de 1947, revenu des États-Unis où il avait été ébloui par les services d'anesthésie, les départements d'anesthésie, les médecins spécialistes en anesthésie, Moulounguet crée un enseignement d'anesthésie. D'abord un cours de six mois, puis d'un an. Ces cours étaient donnés par des anesthésistes parisiens dont certains ignoraient la littérature essentiellement anglaise sur le sujet. Quelques-uns avaient servi pendant la guerre et de ce fait avaient été en contact avec des hôpitaux militaires anglais ou américains.

Dès la première année, je suis ce cours, qui consistait en quelques cours théoriques à la faculté le soir et des stages que nous étions censés faire à l'hôpital et souvent en clinique.

Après la guerre, d'abord l'armée, puis les services hospitaliers, reçurent ou achetèrent du matériel américain. Ces appareils étaient destinés aux adultes. Rien n'était prévu pour l'anesthésie des enfants; il en était de même des laryngoscopes. Les premiers médecins anesthésistes d'après – guerre n'avaient pas eu l'occasion de se familiariser avec les rachianesthésies ou les épidurales. Dans ce domaine, où les chirurgiens étaient compétents, ils risquaient des critiques.

## anesthésie d’hier

Pour ma carrière, un événement fut important: ma rencontre avec le Dr Amiot, anesthésiste d’une grande gentillesse. Quand je suis allé le voir, il a été stupéfait de ma ressemblance avec un des fils de sa femme, résistant, que les Allemands avaient fusillé. C’est sans doute pourquoi il se prit d’affection pour moi. Il m’a donné le conseil suivant: «N’allez pas perdre votre temps en allant en Amérique. Allez donc en Angleterre, c’est plus près et je vous assure que l’anesthésie anglaise vaut largement celle des USA, car depuis 1846 elle a été donnée exclusivement par des médecins».

À la fin de mon externat, en 1949, j’ai donc écrit au Pr Adrian à Cambridge, Prix Nobel de physiologie et ami de mon beau-père Gayet, physiologiste. Je le connaissais très bien pour avoir passé, pendant la guerre, quelques jours de permission chez eux à Cambridge. Il a aussitôt parlé de moi à un de ses amis qui me conseilla de faire une demande de bourse au *British Council*. Les candidats étaient peu nombreux à cette époque. Je parlais anglais, j’avais des décorations anglaises, j’ai donc été tout de suite accepté et suis parti en Angleterre en octobre 1949.

Le diplôme anglais comportait deux parties: la première année consacrée aux sciences fondamentales, la deuxième année à la pratique de l’anesthésie. J’ai passé près de six mois, seul, comme interne pensionnaire au Collège royal de chirurgie. Les professeurs étaient merveilleux. Physiologistes de très haut niveau, pharmacologues remarquables. On disposait de livres de pharmacologie et de physiologie récents alors qu’en France tous les ouvrages dataient d’avant-guerre. J’ai été reçu au premier examen. Ensuite Brigitte est venue me retrouver avec les enfants et Adrian s’est proposé pour vous recevoir pendant que moi je restais à Londres.

J’ai posé ma candidature pour être interne dans un hôpital de Londres: le *Middlesex Hospital*. Après un entretien, on m’a accepté et j’ai eu, là, la possibilité de voir ce qu’était l’anesthésie donnée par des médecins compétents pour des

## témoignages

chirurgiens de très haut niveau. J'ai pu, en un an, beaucoup apprendre. J'ai passé l'examen de deuxième année et j'ai ainsi obtenu le diplôme anglais d'anesthésie.

En 1951, j'écris à Moulonguet pour lui annoncer mon succès et lui demander un poste. Il me recommande au Pr Cadenat de l'hôpital Saint-Antoine qui n'avait pas d'anesthésiste. À mon arrivée, déçu par le genre de chirurgie pratiqué et par la qualité du matériel fourni, je me suis dit : «Je ne peux pas travailler dans ces conditions-là. Ce n'est pas possible. Je ne suis pas allé en Angleterre pour apprendre l'anesthésie et revenir au Moyen Âge !».

J'ai alors retrouvé une amie, Mme Chavelet, que j'avais connue lorsque j'étais externe. Elle connaissait bien Nédey, médecin à l'hôpital Foch et me recommande à lui. L'hôpital Foch venait d'ouvrir après avoir été occupé par l'armée française en 1939, puis par l'armée allemande en 1940, puis à nouveau par l'armée française en 1944. Sa gestion était assurée par la SNCF, mais il était ouvert au public. L'organisation du plateau technique comprenait un bloc opératoire central, des salles de réveil, un service de réanimation polyvalent. L'application de notions de physiologie et de pharmacologie à la pratique de l'anesthésie et de la réanimation était, à l'époque, très en avance sur ce qui existait dans le reste de la France ; alors que certaines de ces pratiques étaient déjà courantes à l'étranger, en particulier en Angleterre. Mais les laryngoscopes étaient toujours ceux de l'armée américaine ! Heureusement, j'avais acheté du matériel en Angleterre et j'avais tout ce qu'il fallait.

À Foch, on pouvait travailler comme dans les hôpitaux anglais. C'est grâce à la collaboration de M. Chevalier, dynamique directeur d'un hôpital de conception nouvelle pour la France, que nous avons réalisé un service d'anesthésie moderne à Foch.

À mon arrivée, j'étais sous les ordres d'un homme âgé, d'une grande gentillesse, le Dr Faure. Il avait été professeur d'histologie à Toulouse et s'était reconverti à l'anesthésie

## anesthésie d'hier

après la guerre. Il ne comprenait pas grand-chose et me laissait faire. Nous avons toujours eu de bonnes relations. Assez rapidement les chirurgiens ont vu que je connaissais bien mon métier et en fait, c'était moi le chef de service, car ils me faisaient confiance.

Moulonguet me demande en 1952 de l'aider et de participer à son enseignement. Il m'était facile de reprendre en français les cours que j'avais suivis en Angleterre. J'ai donc été rapidement attaché à l'enseignement, titre purement honorifique et non rémunéré. Mais très vite Moulonguet m'annonce le prochain recrutement par concours d'assistants d'anesthésie des hôpitaux. Cette reconnaissance par l'Assistance publique de l'anesthésie a tout d'abord permis la création d'un concours d'assistantat. Je m'y suis présenté en 1952 mais j'ai été collé. Je crois que je faisais des réponses trop compliquées pour le jury! J'ai été reçu l'année d'après. Nommé assistant d'anesthésie des hôpitaux, j'ai été obligé de participer au service de garde de l'Assistance publique. J'étais le premier de la liste des Assistants de garde; je fus remplacé en 1961 par Claude Winckler.

Cette garde fonctionnait dans tous les hôpitaux. Il y avait un interne de garde en chirurgie et il était tenu de faire appel au chirurgien de garde en cas de difficultés. Celui-ci soit autorisait l'interne à opérer, soit intervenait lui-même. La garde durait de deux heures de l'après-midi à huit heures du matin le lendemain. On devait une garde tous les 15 jours et un week-end tous les deux mois. On restait chez soi, près du téléphone, pour répondre aux appels. Si le chirurgien décidait de venir lui-même, on appelait l'anesthésiste. Une voiture de l'Assistance publique venait le chercher, voiture transportant un appareil d'anesthésie. Après plusieurs années de garde, on passait à la réserve, dite garde en second, qui n'était appelée qu'exceptionnellement.

En 1953, un échelon supérieur a été créé à l'Assistance publique: les médecins adjoints d'anesthésie. C'était un

## témoignages

compromis pour éviter de nommer des chefs de service d'anesthésie. Je me suis présenté et j'ai été reçu.

En 1954, le Pr Moulonguet m'a fait alors rencontrer le Dr Harry Beecher, anesthésiste américain très connu, en visite à Paris. Beecher m'a proposé d'aller chez lui au *Massachusetts General Hospital* de Boston. L'affaire était compliquée à cause de nos trois enfants, mais nous avons pu tout de même passer six mois à Boston. Aux États-Unis les hôpitaux étaient riches et luxueusement dotés en matériels, et les chirurgiens étaient de haut niveau. L'anesthésie y était médiocre comparée à celle de l'Angleterre. Les médecins anesthésistes américains n'avaient ni la classe, ni la qualité des anesthésistes anglais. Ils avaient des idées préconçues. Ainsi Beecher avait décidé que l'emploi du curare était dangereux et en avait interdit l'usage.

C'est à Boston que j'ai rencontré Keith Sykes, aujourd'hui professeur d'anesthésie à Oxford. Malgré nos lamentations sur la situation de l'anesthésie américaine comparée à celle de Grande-Bretagne ce séjour fut enrichissant et je me suis fait beaucoup de relations professionnelles, ce qui est toujours très important.

De retour à Paris, en décembre 1955, j'ai repris mes fonctions à Foch ainsi que l'enseignement. C'est alors que Moulonguet m'annonce la création, par la faculté, d'une chaire d'anesthésie destinée à son assistant Jean Baumann. Mais il m'indique en même temps la création d'un poste d'agrégation, poste qu'il me destine ! Quelle surprise, j'en suis flatté. Il me faut passer le concours. Le jury est composé de pharmacologues, de biologistes, et de chirurgiens. Bien qu'étant le «seul candidat acceptable», Moulonguet m'indique qu'il convient de respecter les formes et que je devrais faire deux leçons, l'une de trois quarts d'heure, l'autre d'une heure. Cela s'est fait sérieusement.

Et c'est ainsi qu'en 1958, Jean Baumann, chirurgien, devient le premier titulaire d'une chaire d'anesthésie à Paris, et moi le premier agrégé d'anesthésie en France.

## anesthésie d'hier

La même année, de Gaulle revenu au pouvoir, Michel Debré étant premier ministre, le professeur Robert Debré saisit l'occasion pour réaliser son projet de réforme hospitalière qui s'inspirait du modèle anglo-saxon. Jusqu'à cette époque, tous les médecins travaillant à l'hôpital, attachés ou assistants des hôpitaux, n'étaient pratiquement pas rémunérés. La nomination aux hôpitaux leur procurait la notoriété et celle-ci la clientèle pour leur activité en clinique. La réforme comportait le travail à plein temps à l'hôpital, travail rémunéré. Les premières années de la réforme Debré furent fastes. On a créé dans toute la France des centres hospitaliers universitaires avec des services de chirurgie et des départements d'anesthésie, c'est-à-dire des services d'anesthésie. Certains médecins, assistants depuis des années, ont été nommés, à temps plein, dans ces hôpitaux universitaires avec le titre de professeur agrégé.

En l'espace de trois ou quatre ans, il y a eu beaucoup de nominations. L'anesthésie a alors été reconnue en France comme une discipline à part entière. Avant cette réforme, l'anesthésiste n'était que l'assistant du chirurgien. Avec elle, il pouvait devenir chef de service, comme les chirurgiens. Sa mission était d'assurer l'enseignement, l'anesthésie et les soins périopératoires des malades de chirurgie, voire la recherche.

Ma qualité de professeur agrégé d'anesthésie me permettait d'intégrer cette nouvelle structure. J'avais à Foch une activité plein temps rémunérée. Je suis donc resté à Foch tout en faisant un travail d'enseignement à la faculté.

En 1965, à la mort du doyen Cordier, J. Baumann a été nommé professeur titulaire de chaire de clinique chirurgicale. Il me dit: «C'est vous qui allez me remplacer». Ce n'était pas si simple. Avant la réforme Debré, il n'y avait à Paris qu'une seule faculté de médecine. Son doyen était un personnage important et le conseil de faculté tout autant. Après la réforme, les nominations ne dépendaient plus du conseil de faculté mais de deux ministères, la Santé et

## témoignages

l'Éducation nationale. Les candidats devaient passer devant trois instances: la commission médicale consultative, le conseil de faculté et le comité consultatif des universités.

Au comité consultatif des universités les décisions étaient prises par une cinquantaine de professeurs des différents CHU de France, de disciplines diverses. Les candidats devaient leur adresser la liste de leurs titres et travaux. J'ai fait le tour de France pendant une huitaine de jours en allant voir les membres de ce comité. À Montpellier, j'ai été reçu par un professeur de pharmacologie, que j'avais rencontré en Angleterre en 1949, jeune boursier du *British Council*. Comme il ne parlait pas un mot d'anglais, j'avais été son interprète pendant huit jours.

Dans l'ensemble j'ai été bien accueilli et j'ai obtenu l'unanimité des voix du comité: chose rare!

Succédant à Baumann en 1966, j'étais professeur titulaire de la chaire d'anesthésiologie de la faculté de médecine de Paris, dirigeant l'enseignement de l'anesthésie parisien. À la même date, une nomination de professeur était intervenue à Montpellier, celle de du Cailar. J'étais aussi directeur de l'Institut d'anesthésiologie créé par Moulonguet. Cet Institut devait régler les problèmes de l'enseignement de l'anesthésie à Paris où il n'y avait qu'une faculté de médecine. Il avait aussi pour mission la recherche. Claude Poyard et Ripse y travaillaient. Après la création des nouvelles facultés de médecine une partie des locaux de l'Institut ont été attribués à une autre faculté et le laboratoire de l'Institut a disparu.

Ma position à Foch m'a permis de former des élèves, au début cinq ou six par an, puis près de trente par an. Je cite les plus anciens, Mme Germain, Gisèle Caballero, Elisabeth Beretti, Françoise et Claude Lecharny, Claude Winckler, Madeleine et Jean-François Cavellat, Claude Poyart, Michel Duvelleroy, Paul Glaser, Raymond Nédey, Simon Burztein, Bernadette Trichet, Pierre Viars, Jean-Marie Desmonts, mais il y en a tant d'autres!

## anesthésie d'hier

Les études de la spécialité sont passées très vite à trois ans.

Une fois diplômés, les anesthésistes pouvaient et peuvent toujours opter soit pour l'exercice libéral, soit pour l'hôpital. Pour trouver un poste hospitalier, il faut qu'ils soient acceptés dans un département d'anesthésie. Deux types de carrière s'ouvrent alors à eux: l'une à obligation hospitalière pure, l'autre comprenant en plus l'enseignement et qui comporte l'obligation de trois ans de clinicat. Quelques-uns parmi ceux-là seront «agrégé-non chef de service», puis «chef de service». Le dernier échelon est professeur titulaire à titre personnel ou titulaire de chaire. Maintenant la discipline compte environ cinquante postes hospitalo-universitaires d'anesthésie.

Malheureusement, sont parfois nommés dans ces postes hospitalo-universitaires des médecins sans pratique effective de l'anesthésie. Comme ce sont eux qui auront la charge de la formation et des nominations, cela constitue un grave risque pour la discipline. Une partie de cette évolution est liée à la double orientation de la discipline avec la création des unités de réanimation soit chirurgicale soit polyvalente – option souvent préférée par une partie des anesthésistes.

En tant qu'activité particulière, la réanimation est due à l'initiative des anesthésistes du Danemark lors de l'épidémie de polio en 1952. Cet exemple a inspiré le Pr Mollaret, de l'hôpital Claude Bernard, et Nédey à Foch pour créer des services similaires.

Très rapidement il y eut conflit entre ces médecins qui disaient: «la réanimation c'est nous, les anesthésistes sont des ignares, vous n'avez pas les mêmes titres que nous, nous sommes d'anciens internes, chefs de clinique, etc. vous n'êtes qu'anciens stagiaires», et les anesthésistes répliquaient: «c'est nous qui vous avons appris à intuber, nous réclamons notre place en réanimation».

On a fini par séparer la réanimation médicale de la réanimation chirurgicale laissée aux anesthésistes. La France



## témoignages

était alors en avance sur le reste du monde dans la conception de la réanimation. C'est pourquoi quelques anesthésistes choisirent la réanimation comme Glaser à Paris, Motin à Lyon. Ils abandonnèrent complètement l'anesthésie, mais ont conservé leurs postes d'anesthésistes ce qui était fâcheux pour la profession et son enseignement.

Dans ce contexte, il faut rappeler que la Société française d'anesthésie était elle-même aux prises à des difficultés liées à un groupe inféodé aux élucubrations en cours à cette époque. Bien sûr je n'ai pas été influencé par ces théories !

Pour ma part, comme tu le sais, j'aime l'enseignement et j'aime passionnément mon métier, l'anesthésie, que j'ai toujours pratiquée, celle qui se fait au bloc opératoire, auprès et au service du malade.



# **Souvenirs**



## Une gentillesse mêlée d'humour

**Louise Delègue**

Professeur, ancien chef du service d'anesthésie-réanimation  
de l'hôpital Necker-Enfants Malades de Paris

Après avoir obtenu le certificat de pédiatrie en 1948, le professeur Robert Debré me conseilla de m'orienter vers l'anesthésie pédiatrique. À ses yeux cette spécialité allait devenir indispensable à la chirurgie pédiatrique et surtout néo-natale imposée par la correction des malformations incompatibles avec la vie que les chirurgiens pédiatriques français venaient d'aller voir opérer aux USA ou en Angleterre.

En 1949, en effet, Pierre Petit publiait sa première opération sur une atrésie de l'œsophage. De l'anesthésie, je ne connaissais que les émotions ressenties en utilisant, sans en rien connaître, l'appareil d'Ombredanne dans le service même de son inventeur. Un ami chirurgien m'invita à rencontrer J. Lassner à l'occasion d'une anesthésie pour appendicectomie sur un garçon de dix ans. L'accueil de

## anesthésie d'hier

J. Lassner fut spontanément chaleureux et sa pratique de l'anesthésie fut si calme et détendue que l'image des orages des anesthésies ombrédanniennes s'éloigna de ma mémoire. Je remarquais cependant que J. Lassner quittait la clinique chargé, d'une main d'un appareil de Heidbrink et de l'autre d'une grosse valise contenant tensiomètre, matériel d'intubation, appareil de Jouvelet, drogues; les cliniques à l'époque fournissant tout juste à l'anesthésiste une ou deux seringues.

Ce tableau du médecin anesthésiste colporteur peu éloigné de celui du chauffeur anesthésiste du Pr Pouliquen allant pratiquer une amputation de jambe sur une table de ferme ne fut pas dissuasif, et sur l'heure je décidais de m'inscrire au tout nouveau CES d'anesthésie réparti sur deux ans d'études et dont les enseignants étaient le Pr Jean Baumann et le Dr Louis Amiot.

Au cours de mes stages hospitaliers d'anesthésie, je n'eus jamais l'occasion de revoir J. Lassner. C'est seulement en 1952, lorsque je vins à remplacer Bourgeois-Gavardin à l'hôpital des Enfants-Malades, que j'eus l'occasion de l'apercevoir aux très courus «Vendredis de Cochin» organisés par E. Kern et lui-même. J'aimais pour ma part sa façon de relancer le débat ou de maintenir l'éveil de l'auditoire par la pointe d'humour toujours proche de ses lèvres. Confondue dans la nombreuse assistance des élèves de Cochin je n'osais pas aller me présenter à ces deux éminentes personnalités, très courtisées, de l'anesthésie française.

Grâce à l'originalité et à l'essor de la chirurgie pédiatrique, je réussis à partir de 1973 à intéresser le comité de lecture des *Cahiers d'Anesthésiologie*, présidé par J. Lassner, aux publications de mes collaborateurs et de moi-même.

C'est en allant proposer nos textes que j'ai eu le plaisir de faire plus ample connaissance avec J. Lassner. Il était l'âme des *Cahiers* et il déploya une énergie indéfectible pour promouvoir ce premier organe de diffusion de l'anesthésie française.

## souvenirs

Avec une gentillesse mêlée d'humour, il savait vous arracher l'effort de lui fournir encore une nouvelle publication. Il y réussit parfaitement puisque, entre 1973 et 1982, les Enfants-Malades lui fournirent la matière de treize articles et de quatre numéros spéciaux consacrés à l'anesthésie pédiatrique.

Après la disparition de E. Kern, en 1969, J. Lassner continua d'animer seul les «Vendredis de Cochin» et les anesthésistes des Enfants-Malades y prirent une participation plus active car il était important pour nous de ne pas nous isoler de l'anesthésie de l'adulte. En effet tous les agents anesthésiques et tous les appareils nouveaux qui nous étaient présentés étaient tous testés sur l'adulte et adaptés à l'adulte. Il accepta toujours de prendre nos stagiaires, et lui-même nous envoya quelques rebelles des siens qui nous valurent quelquefois de vives émotions. Ces derniers vinrent, à leur manière, consolider nos relations, et c'est avec un réel plaisir que tous les vendredis, une petite délégation du département d'anesthésie des Enfants-Malades se rendait à Cochin.

Lorsque je vins à diriger le département d'anesthésie des hôpitaux de Rouen, il nous fit l'honneur de sa visite. Je ressentis cette visite comme une marque d'amitié à laquelle tous mes élèves furent très sensibles.

Ainsi, je connais J. Lassner depuis cinquante-quatre ans. Sa retraite dans le Périgord ne nous permet malheureusement pas des fréquentes rencontres.

Je le remercie de m'avoir procuré l'occasion d'évoquer les bonnes relations établies entre les départements d'anesthésie de Cochin et des Enfants-Malades et entre leurs chefs de service.





## Une collaboration de trois décennies

### **Adolphe Steg**

Chirurgien – professeur chef de service d’urologie  
CHU Cochin Port-Royal – Paris

Membre de l’Académie de médecine  
et de l’Académie de chirurgie

Grand Officier de la Légion d’Honneur  
et de l’Ordre National du Mérite

J’ai fait la connaissance de Jean Lassner en 1954, dans le service de mon maître Pierre Aboulker, et, depuis, notre collaboration n’a pas cessé.

J’ai pu, durant ces années, prendre la mesure de ses exceptionnelles qualités mais aussi de l’impact qu’il a eu sur l’anesthésiologie française.

À une époque où l’anesthésie était encore tributaire du masque d’Ombredanne (manipulé par un jeune externe inexpérimenté et... angoissé!) Jean Lassner a développé et sans cesse amélioré les techniques modernes. Il a, en

## anesthésie d’hier

particulier, donné une place essentielle à la rachianesthésie, ce qui a apporté une sécurité accrue à la chirurgie urologique et notamment aux interventions sur la prostate.

À une époque où la réanimation des opérés était confiée aux internes, Jean Lassner a fait en sorte que cette fonction soit assurée par les anesthésistes et il leur donnait pour cela un enseignement spécifique.

De façon plus générale, il s’est énormément consacré à l’enseignement. Maîtrisant parfaitement l’anglais et l’allemand, il avait toujours tout lu et son savoir impressionnait tous ceux qui l’approchaient. De toute la France les anesthésistes accouraient vers lui et on peut affirmer que Jean Lassner a été un chef d’école admiré et respecté.

Peut-être convient-il d’insister sur un aspect moins spectaculaire – et pourtant très important – de son activité : son influence sur le statut des anesthésistes dans les services hospitaliers. Leur place, en effet, était alors très marginale dans la hiérarchie. N’étant, en règle, pas issus de l’internat, ils n’étaient pas considérés à l’égal des autres « collègues ». Jean Lassner, par son exemple, ses hautes qualités scientifiques et techniques, mais aussi par son tempérament fier et la conscience qu’il avait de sa valeur, a donné à la discipline un prestige nouveau et conféré aux anesthésistes une dignité nouvelle.

Il est juste de souligner que ceci n’a été rendu possible que grâce à la confiance et l’estime que lui témoignait Pierre Aboulker, dont le soutien ne lui a jamais fait défaut.

Pour ma part, j’ai eu la chance – et mes patients avec moi – de bénéficier de la collaboration de Jean Lassner durant toute ma carrière.

Durant trois décennies, il m’a été donné d’admirer sa lumineuse intelligence, sa rigueur intellectuelle, sa soif de savoir, et son infatigable dévouement aux malades. J’ai toujours été émerveillé par son souci de faire bénéficier les

## souvenirs

opérés de tous les progrès médicaux, mais aussi de tous les «détails» destinés à améliorer leur confort.

Je savais, qu'avec lui, les patients étaient entre «les meilleurs mains» et que je pouvais opérer en toute sérénité.

Pour tout cela, mais aussi pour l'amitié qu'il n'a cessé de me témoigner, je veux lui dire ma reconnaissance et l'assurer de mon respect et de ma fidélité.



# Éloge à l'Académicien

**Jean-Paul Binet**

Professeur, membre de l'Académie nationale de médecine

Il me revient aujourd'hui le redoutable privilège de prononcer l'éloge de notre collègue Guy Vourc'h. Je ressens le poids de cette responsabilité et je connais la peur de ne pas correctement remplir la mission que vous m'avez confiée, de ne pas trouver les mots justes pour évoquer son inhabituel destin et cela devant bon nombre d'entre vous qui l'ont connu plus et mieux que moi.

Mais, la dévaluation, que dis-je, la dévalorisation de certains mots, la tendance à l'oubli et même à l'existence de valeurs essentielles, rendent aujourd'hui ce devoir encore plus impérieux.

Mes chers collègues,

Vous avez mal connu Guy Vourc'h : il était, comme on le dit en Bretagne, un *taiseux* : il ne parlait jamais de lui et

## anesthésie d’hier

lorsqu’il entra dans notre Compagnie en 1984, il n’avait plus sa voix. Puisse la mienne vous dire ce qu’il ne vous a jamais, sans doute, raconté. Sacrifiant à la tradition, j’estime de mon rôle de vous parler autant de l’homme que du médecin, du combattant que de l’anesthésiste.

[...]

Car il est de si belles histoires qu’elle ne peuvent être tronquées.

Guy Vourc’h est né le 2 mars 1919, à Plomodiern, petit bourg de deux mille habitants, bien assis face à la baie de Douarnenez, juste en face de Morgat. Son père, Antoine Vourc’h, médecin installé à l’entrée de la presqu’île de Crozon, disciple de Marc Sangnier, adepte du Sillon, démocrate convaincu, militant légèrement progressiste comme on le dirait aujourd’hui. Travailleurs infatigables, Marguerite et Antoine Vourc’h étaient à la fois d’une bonté rayonnante [...]. Et d’une intransigeance absolue sur ce qu’il convient d’appeler les « grands principes ».

Naquirent neuf enfants, dont Guy était l’aîné. Il grandit dans l’atmosphère d’une famille nombreuse, gaie, laborieuse, dans laquelle Dieu, la France et la Bretagne avaient une place importante sinon primordiale. Très bon élève, Guy apprend en se jouant le grec et le latin, dévore et retient tout ce qu’il lit; il exècre les mathématiques.

Son baccalauréat facilement obtenu, il décide de faire sa médecine, pour s’installer à Plomodiern et pour aider son père.

Il quitte la Bretagne, gagne Paris, trouve chez René Gayet, rue Saint-Honoré, une autre famille, rencontre Brigitte qui avait douze ans et décide qu’elle, et elle seule, serait un jour sa femme.

Après le PCB, il entre en 1937, en 1<sup>re</sup> année. L’attirent les spécialités des amis de son père: en particulier la physiologie à cause de Gayet et de Monnier. Dans cette première année, l’anatomie et surtout l’ostéologie avaient, pour l’examen, une importance considérable. Il est l’élève d’Hovelacque. À la fin

## souvenirs

de cette première année, sans doute par excès de fatigue et de travail, il contracte une pleurésie tuberculeuse et est envoyé au sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet. En septembre 1939, il est mobilisé à Nantes, comme infirmier. Il est muté, sur sa demande, au peloton des élèves-officiers d'infanterie à Fontenay-le-Comte : il en sort en juin 1940.

Les Allemands occupent une grande partie de la France ; l'armistice est signé, la France coupée en deux. Vourc'h fait savoir qu'il désire se battre, regagne la maison familiale où il est accueilli par ces mots : « Comment, tu n'es pas encore en Angleterre ! »

[...]

Avec des amis, un professeur d'histoire et de géographie, Ch. de la Patellière, un archiviste de l'ambassade de France à Londres, Robert Alaterre, son frère Jean, ils furent accueillis à Londres, au nom du général de Gaulle par d'Estienne d'Orves ; Jean est envoyé en Afrique, Robert Alaterre renvoyé à Plomodiern chez le père Vourc'h avec les deux premiers émetteurs-radio, qui furent envoyés de Londres en zone occupée, avec pour mission de surveiller le port de Brest et les trois cuirassés corsaires qui devaient y arriver. Guy, lui, fut envoyé au camp de Camberley, puis est affecté à Bedford, dans un service de propagande radio. Sa parfaite connaissance de l'anglais, sa bonne culture et sa belle voix, ont sans doute déterminé ce choix mais il avait demandé, en arrivant, d'être combattant ou parachuté en France.

Ce que Guy a ressenti alors de frustration nous le savons, par le très abondant courrier qu'il a écrit et que sa famille a reçu en message mal codé. Il en était arrivé au point de se demander, tout en le révéant profondément, si le chef de la France libre n'utilisait pas dans son commandement, des méthodes qu'il n'approuvait pas. En fait, il ne se doutait pas que l'on avait besoin, dans cette période 40-41, aussi de « grosses têtes », dans certains postes-clés : Guy Vourc'h fut la plaque tournante de l'Angleterre vers la Bretagne, via ses parents et Plomodiern. Lorsque le réseau « Johnny » fut en

## anesthésie d’hier

partie décimé, il obtint ce qu’il désirait depuis le premier jour : une place dans une unité combattante et pas n’importe laquelle, le bataillon spécial de fusiliers marins.

[...]

Le 6 juin, Guy commande la première des deux compagnies de fusiliers marins. Les cent soixante-dix-sept hommes du commando Philippe Kieffer étaient les seuls Français de la première vague, dans laquelle il y eut deux Vourc’h, puisque Yves avait rejoint son frère aîné.

La mission de ces hommes intégrés dans la brigade anglaise de Lord Lovat était de prendre Ouistreham, situé à l’extrémité Est du dispositif du débarquement. Ouistreham, avec son bunker, abritait le plus puissant télescope de la marine allemande, chargé de régler le tir de l’artillerie sur une grande partie des plages.

Mais laissons Guy nous raconter son débarquement. Il évoque :

« Ces quinze jours passés derrière des barbelés, coupés du monde extérieur, au secret, avant le départ, pour peaufiner l’attaque, à l’aide des photographies aériennes et de maquettes...

Ce départ, le cinq juin dans une petite embarcation (on les appelait : LCIS : Landing Craft Infantry Small), qui devait nous mettre à terre au matin du 6 juin, en France...

Cette mer démontée qui rendait malade tout le monde, y compris l’équipage...

Cette aube grise où apparut la côte normande, noyée dans les explosions, et, surtout, dans cet écran de fumée qu’avait tendu, peu avant l’aube, l’escadrille Lorraine...

Ces 5 333 navires, tous cap au sud !

Mais, l’atterrissage parfait, à l’endroit prévu, au milieu des obstacles sous-marins... ; le débarquement, le long de fragiles passerelles, avec quarante kilos de munitions sur le dos... ; la traversée de deux cents mètres de sable nu, jusqu’aux dunes et aux Allemands... ; un char qui brûle sur la plage, sur la droite. Et les tirs – les premiers blessés. J’en étais. Quatre ans



## souvenirs

d'entraînement pour quelques minutes de combat. Cela aussi, c'était la guerre».

Rapatrié en Angleterre, il y est soigné. Deux mois plus tard, le 4 août, blessures pansées, il retrouve sa compagnie ou plutôt ce qu'il en restait : vingt-cinq hommes. Il prend part, avec de nouveaux effectifs, aux durs combats de Bois-de-Vent, termine sa campagne de Normandie. En novembre, il participe à l'assaut de Flessingue, dans l'île de Walcheren qui verrouille le port d'Anvers, indispensable au ravitaillement des armées alliées. Il se bat, aussi, jusqu'à la capitulation de l'Allemagne.

Désormais, une page est tournée. Il termine la guerre, capitaine, officier de la Légion d'Honneur, beaucoup de citations sur sa croix de guerre, la rosette de la Résistance, et surtout la *Military Cross*. De tout cela, il ne parlera jamais, mais il aidera les familles de ses camarades de combat au sein de la Société d'entraide des Compagnons de la libération.

Commençait une autre vie. Il reprit ses études et épousa Brigitte en 1946. J'eus le plaisir de l'avoir en conférence d'externat, lui et son beau-frère, Alain Gayet, héroïque lui aussi. Il engrangeait tout, en contestant souvent l'incontestable.

Reçu premier à son premier concours, il renonça à préparer l'internat, se trouvant chargé de famille avec l'arrivée de Catherine, de Jean-Guy et de François. Nous fûmes deux, Ivan Bertrand et moi, à lui conseiller une spécialité dont le besoin se faisait sentir : l'anesthésie.

Restait à l'apprendre. Il n'y avait pas en France comme dans les pays anglo-saxons, d'enseignement de l'anesthésie : on en était encore au masque d'Ombrédanne et Guy fut, pendant deux ans, il faut bien le dire, parfaitement autodidacte. L'attribution d'une bourse du *British Council* lui permit d'être interne résident au *Middlesex Hospital* de Londres, pendant deux ans (1951-1952) et il fut le premier étranger reçu au titre très convoité de *Fellow* de la faculté

## anesthésie d’hier

d’anesthésie du *Royal College of Surgeons*. À son retour, commença sa carrière hospitalière et il entra à l’hôpital Foch. Il y resta trente-sept ans, jusqu’à sa mort.

Dans le classique exposé de travaux qu’il vous a livré, avant d’être reçu parmi nous, il est intéressant de constater qu’au fil des années, il n’est pas une des spécialités qu’il avait en charge d’endormir, qui ne fit l’objet, au rythme d’une tous les dix-huit mois, d’une publication d’enseignement ou d’une communication ponctuelle dans des territoires aussi variés que la chirurgie digestive, vasculaire, urologique, orthopédique, cardiaque, thoracique, que l’ophtalmologie, l’ORL ou la neurochirurgie. Il préféra, il nous le dit, la neurochirurgie qui l’amena à s’occuper de la neuropharmacologie avec madame Albe-Fessard, la chirurgie thoracique où il fut le premier à mettre au point les techniques anesthésiques, lors de l’emploi de laser en pathologie bronchique ou en ORL et la chirurgie de transplantation rénale, en étroite collaboration avec R. Küss et M. Legrain, en particulier, dans les premiers cas d’homogreffe rénale, chez les sujets irradiés.

Vourc’h, professeur d’anesthésie, enseigna l’anesthésie : il s’acharna, dans son côté théorique, à la dépouiller d’une littérature qui était trop encline à s’abandonner aux constructions hâtives de l’esprit. Il s’obligea à enseigner le côté pratique de celle-ci. Homme de terrain, il voulut en faire apprendre le gestuel parfait et aisé. Il avait compris qu’en anesthésie, le geste devait être d’emblée efficace et qu’il y avait une bonne position des mains et une seule, pour intuber la trachée, pour pratiquer une anesthésie régionale ou pour trouver une veine nécessaire ou salvatrice. L’horreur de l’à-peu-près ou de l’imperfection technique a marqué, à travers lui, toute son école. Pour en arriver à cette perfection permanente, exigée de tous, il fut toujours courtois, souvent bougon, parfois cassant, voire coléreux : mais c’est sa ténacité proverbiale qui décourageait l’amateur ou l’incapable, vite repéré.

## souvenirs

À Foch, il était toujours en salle d'opération, présent du matin au soir et quelquefois du soir au matin. Il était, surtout, omniprésent dans les différents théâtres d'opérations, où, suivant les cas, il contrôlait, prenait en main, ou déléguait, suivant les moments ou les circonstances. À ce train infernal, la fumée d'une cigarette, toujours anglaise, fut, pendant des années, le seul dérivatif à ces journées de course. Il réussit à convaincre. Il fut le seul, à l'époque, à maîtriser toute l'anesthésie, c'est-à-dire toutes les anesthésies, pour toutes les spécialités et dans tous les cas.

[...]

Dans son ascension rapide, il fut particulièrement heureux d'avoir gardé l'amitié de ses collègues, et, en particulier, celle de Jean Lassner, d'Yvonne Noviant et de Mme Delègue. Mais plus que tout, son bonheur fut d'avoir fondé la première école française d'anesthésie avec des élèves, devenus maîtres, tels que Pierre Viars et Jean-Marie Desmonts à Paris, Claude Winckler à Rouen, sans oublier tous ses collaborateurs, tous ceux qu'il a envoyés à travers Paris et toute la France, et en particulier, ceux qui sont retournés dans sa province, tel Le Bourlot, comme pour témoigner de l'origine bretonne et « fochienne » de la nouvelle anesthésie française.

Tout se passa dans la vie des Vourc'h, comme s'il ne se passait rien.

Il fut atteint de cancer de l'amygdale et laryngectomisé : sa rééducation pour obtenir une voix œsophagienne audible fut longue, mais efficace. Il accepta la chimiothérapie prescrite. Il accepta également le temps des récurrences ou des métastases : en particulier, deux ans après, une pneumonectomie pour la tumeur de même nature qu'on lui découvrit lors d'un contrôle. Il supporta ces deux agressions, de si étonnante façon qu'il conserva son poste à Foch et qu'il continua son enseignement écrit dans toute la presse médicale et dans la revue d'anesthésie dont il avait contrôlé, et le contenu, et l'écrit qu'il avait toujours exigé d'un français parfait.

## anesthésie d’hier

Et, il fut l’un des plus présents, avec son petit foulard qui masquait sa blessure, à l’Académie de médecine, dans nos séances du mardi.

En janvier 1988, il eut conscience que le mal diffusait. Un scanner, fait en mars, montra des métastases cérébrales: il décida, sereinement, de vivre en famille ses dernières semaines sur notre terre. Il écrivit à quelques-uns d’entre nous que son temps était révolu et, en nous remerciant de l’aide apportée, il nous encourageait dans nos entreprises et nous demandait de tenir bien le cap. Il reçut le sacrement des malades des mains de M<sup>gr</sup> Pezeril avec l’ancien aumônier des commandos, qui, bien malade lui aussi, avait tenu à partager avec lui cet ultime viatique. Il s’éteignit, le mot est vrai, au début juillet 1988 et fut enterré chez lui, à Plomodiern aux côtés d’Antoine, de Marguerite, qui avait reçu enfin la Croix de Guerre et la Médaille de la Résistance et de son frère Jean.

Que je regrette, Monsieur le Chancelier, qu’on ne puisse pas rouvrir l’annuaire des Compagnons, qui mêle, par ordre alphabétique, des hommes, des villes, des régiments, des avions, des bateaux et même une île, pour y ajouter une famille. On pourrait y inscrire, selon la typographie exacte voulue par le général de Gaulle, au milieu de la page 107 :

Vourc’h de Plomodiern (Famille):

Résistance Intérieure (Antoine, Marguerite et leurs cinq filles), 2<sup>e</sup> D.B. (Jean), 1<sup>re</sup> D.F.L (Paul), Commandos des fusiliers marins (Guy et Yves) du 9 mai 1945.

Tel fut le destin, hors du commun, de notre collègue Vourc’h.

Maintenant, après tout cela, il n’est plus utile de dresser un portrait. Que l’homme fut d’une rare bravoure, d’une ténacité peu banale, d’un courage à toute épreuve, cela est inscrit dans toutes les pages de sa vie. Ce que l’on sait aussi, c’est que, derrière ce roc, ce menhir, ce celte de la plus belle espèce, aussi exigeant pour les autres qu’il l’était pour lui-même, aussi hostile au désordre estudiantin qu’au délire pathogénique

## souvenirs

d'une certaine anesthésie qu'il faut bien qualifier de marginale.

Ce que l'on sait moins, c'est qu'il y avait en lui, un passionné des lettres et du parler français, un amoureux de la langue et de la littérature anglaises, qu'il adorait Mozart et qu'il était, lui qui n'avait jamais triché de sa vie, un admirateur inconditionnel de ce grand politique et de ce grand séducteur que fut aussi Chateaubriand.

Oh, Guy, comme fils, comme mari, comme père, comme premier soldat de la première heure, comme bâtisseur de l'anesthésie, comme médecin, comme malade, il y a tant d'honneur et tant d'amour dans tout ce que tu as fait.

(Extraits) *Bull Acad Nat Med* 1989; 173 (8): 1051-1058. Séance du 21 novembre 1989.



## Au docteur et à l'honoris causa

### **Wolfgang F. Dick**

Professeur Dr. H.C. chef de la clinique d'anesthésiologie  
Centre hospitalier et universitaire de Mayence, Allemagne  
Président de l'Académie européenne d'anesthésiologie 1991-1994  
Fellow of the Royal College of Anaesthetists

Au nom de la clinique d'anesthésiologie et de la faculté de médecine de l'université de Mayence, j'ai le grand plaisir et le grand honneur d'adresser nos meilleurs vœux, sincères et cordiaux, au Docteur *honoris causa* de notre faculté, le Pr Jean Lassner, à l'occasion de son quatre-vingt-dixième anniversaire.

Quand le Pr Lassner a été nommé *Docteur honoris causa* de l'université Johannes Gutenberg de Mayence, il avait déjà établi d'étroits liens de travail avec cette institution. En 1968, il avait passé un certain temps à notre Institut

## anesthésie d'hier

d'anesthésiologie, comme professeur invité. Dans un hommage au Pr Lassner, paru dans le journal *Der Anaesthetist*, mon prédécesseur et maître, le Pr Rudolf Frey, soulignait l'importance et le grand bénéfice des conseils du Pr Lassner pour le développement de l'Institut d'anesthésiologie de Mayence. Ces conseils étaient complétés par l'expérience pratique gagnée lors d'un séjour prolongé fait par le Pr Frey dans le département d'anesthésiologie du Pr Lassner à Paris. Celui-ci établit des liens supplémentaires avec l'université de Mayence, avec ses travaux sur les effets psychiques de la kétamine et les effets psychiques de l'anesthésie en général et de l'hypnose, qui l'ont conduit à travailler avec le Pr Dietrich Langen, psychologue à Mayence. Une des grandes monographies du Pr Lassner, *Hypnose et Médecine psycho-somatique*, a été publiée par Springer à Heidelberg.

J'ai eu l'honneur et le privilège de rencontrer le Pr Lassner la première fois à l'université d'Ulm, où il donnait une série de conférences très intéressantes. Au fil des années, j'éprouvais une admiration grandissante pour sa personnalité hors du commun, ses très grandes capacités intellectuelles, sa philosophie innovante et dirigée vers l'avenir de l'anesthésiologie et des spécialités en lien avec elle.

Une de ses idées devint réalité quand il fonda l'Académie européenne d'anesthésiologie. De nombreuses preuves témoignent d'une part de ses efforts dans ce sens et d'autre part des succès de cette Institution. Le concept du Pr Lassner était que l'Académie devait servir à rassembler les enseignants européens de notre spécialité, dans le cadre de réunions de taille modeste, de façon à permettre un travail scientifique centré sur un thème précis avec des discussions approfondies, et non pas de grands congrès rassemblant des milliers de participants. Il organisa aussi de petits ateliers très intéressants à son domicile en Dordogne. Tous ceux qui ont eu le privilège d'y participer gardent un souvenir ému de l'extraordinaire hospitalité offerte par la famille Lassner.



## souvenirs

Pendant ma période d'activité à l'Académie, j'ai bénéficié en permanence de son soutien. Il me poussa à en devenir le secrétaire général puis à présenter ma candidature à la présidence.

Malgré la fusion de l'Académie avec la Société européenne d'anesthésiologie, il faut espérer que les idées originales du Pr Lassner continuent d'y fructifier.

Je suis heureux d'avoir aujourd'hui le privilège de transmettre mes meilleurs vœux, ainsi que ceux du département d'anesthésiologie et de la faculté de médecine de Mayence au Pr Jean Lassner, conseiller de notre département et fondateur de l'Académie dont il a fait, grâce sa créativité et ses idées innovantes, une Institution académique européenne de premier ordre.

*Traduit de l'allemand*



## Jenny Rieuneau et ces Messieurs de Port-Royal

**Colette Saint-Marc – Mai Van Dau**

Ancienne interne des hôpitaux de Toulouse  
Professeur honoraire de la faculté de médecine de Rennes

Monsieur et cher Maître, Permettez-moi de vous appeler ainsi car, si je n'ai pas eu le privilège de compter parmi vos élèves directs, d'avoir bénéficié de votre enseignement au lit du malade ou en salle d'opération, je vous ai toujours considéré comme un Maître en anesthésie et bientôt comme un ami quand je vous ai rencontré, dès 1966, fraîche émoulue de ma toute récente agrégation d'anesthésie.

Personne ne peut oublier que vous avez été un des pionniers de l'anesthésie moderne importée en France des États-Unis et d'Angleterre après la deuxième guerre mondiale, en même temps que N. du Bouchet, Kern, G. Vourc'h à Paris.

## anesthésie d'hier

Je ne peux pas m'empêcher d'y associer Jenny Rieuneau qui la première a enseigné l'anesthésie à Toulouse dès les années cinquante, discipline qu'elle avait apprise à Boston et à Montréal. Elle est restée injustement méconnue malgré sa compétence et ses mérites en raison de sa trop grande discrétion.

Je ne vous connaissais que par vos écrits et par l'auréole qui vous entourait, auréole d'un destin tragique vécu dans le courage lors des années sombres dont le souvenir planait encore. J'appréciais la revue que vous veniez de créer, les *Cahiers d'Anesthésiologie*, revue très didactique ouverte à tous.

Lorsque je vous ai mieux connu, après la prise de mes fonctions à Rennes, promue d'emblée chef de service, responsable du CES d'anesthésie – réanimation dans un désert anesthésique où tout était à faire, je me souviens des conseils bienveillants et toujours judicieux que vous vouliez bien me prodiguer pour organiser et gérer mon tout nouveau service. J'ai pu apprécier votre érudition, votre esprit novateur, européen avant l'heure, aidé en cela par votre pratique si aisée des langues étrangères, ce qui n'était, et n'est toujours, guère courant.

Je me souviens de nos entretiens dans votre bureau de Port-Royal, au-dessus du cloître, dans ce lieu chargé d'histoire qui vous allait si bien et je ne peux m'empêcher d'évoquer ces messieurs de Port-Royal, leur rigueur, leurs convictions mais aussi leur ouverture vers le monde.

Je suis heureuse d'avoir l'occasion de vous dire toute mon admiration pour la belle image d'homme, d'homme de la Renaissance, que vous nous avez donnée, toute ma reconnaissance respectueuse et affectueuse pour ce que vous m'avez apporté.

# Mourir oui, mais quand?

**Corrado Manni\***

Professeur émérite d'anesthésie et de réanimation

Université catholique – Rome

Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie

L'attitude du médecin devant le mourant est devenue un problème pour la médecine moderne du fait que celle-ci peut à présent modifier profondément la phase terminale de la vie.

La réanimation obtient des résultats qui obligent à une redéfinition du concept de la mort. Elle apporte l'espoir de survie et celui d'une vie digne d'être vécue pour nombre de malades en état critique. La ventilation pulmonaire mécanique, la nutrition parentérale, l'hémodialyse, l'assistance circulatoire, la transplantation d'organes

---

\* Le professeur Manni a fait partie de l'équipe de la clinique Gemelli qui a pris en charge le pape Jean-Paul II, gravement blessé lors de l'attentat du 13 mai 1981 (NDLR).

## anesthésie d’hier

permettent de prolonger la vie pour des mois ou des années chez des malades exposés de prime abord à une mort prochaine.

Cette possibilité de contrôler l’avenir de la mort, de la retarder ou de la hâter, de programmer le moment ultime de la vie, pose une interrogation nouvelle à laquelle on cherche une réponse. L’objectif du médecin doit être de défendre la vie de l’homme en respectant sa complexité psychosomatique et spirituelle. Le risque est celui d’une technicité qui assujettit l’homme et le met à la merci d’un « pouvoir médical ». La possibilité de retarder, par tous les moyens et tous les coûts, le moment de la mort peut facilement inciter à un acharnement thérapeutique, mais peut aussi se traduire par le souhait d’arrêter les souffrances qui accompagnent la fin de vie en abrégant celle-ci.

On entrevoit la complexité du problème et la difficulté, pour le médecin le plus expérimenté, de trouver une réponse satisfaisante, capable, dans tous les cas, d’éviter de mauvais choix.

En 1959, Mollaret et Goulon ont proposé le terme de « coma dépassé » pour la « mort du système nerveux central ». Cette formule devint vite populaire chez les médecins et a contribué à provoquer la confusion chez certains. Il s’agit d’établir avec certitude la mort sur des critères neurologiques. La mort encéphalique n’est pas un coma, celui-ci étant un état transitoire. Les malades comateux au long cours, à moins de mourir de causes intercurrentes, présentent toujours pendant une période variable en jours et en mois des phases de « réveil », accompagnées de retour d’un contact avec l’environnement. S’il ne se produit pas, le patient se trouve en état végétatif persistant (le syndrome apallique), condition des plus graves, au pronostic incertain, mais pas équivalent de la mort. La mort correspond à la perte irréversible de la capacité d’intégrer et de coordonner les fonctions physiques et mentales. Cette capacité est liée à l’encéphale qui contrôle aussi bien les fonctions végétatives que celles de la relation ce qui permet à l’organisme de conserver l’activité coordonnée,

## souvenirs

c'est-à-dire de conserver l'essence biologique de la vie. La législation italienne en vigueur l'entend dans ce sens et l'érige en critère nécessaire et suffisant pour le constat de la mort.

Le problème de notre société contemporaine est qu'elle refuse la mort. Les médecins sont portés à considérer la mort d'un patient comme un échec, comme preuve d'un traitement insuffisant. L'acharnement thérapeutique résulte de cette fausse conception. Il faut rejeter cette erreur et s'opposer à la «médicalisation» de la fin de vie, si fréquente dans les pays industrialisés.

Cette «médicalisation» commence dès l'entrée du patient à l'hôpital par l'éloignement de la famille. Le malade est isolé, privé de rapports affectifs, dépersonnalisé. L'homme malade «industrialisé» n'a plus d'individualité et se trouve identifié à sa maladie. Dès lors sa mort n'est plus acceptée comme la fin naturelle de la vie, mais comme le résultat d'un échec thérapeutique.

Cette erreur fondamentale transforme les rapports entre malade et médecin, ce dernier ne s'intéressant plus qu'à la maladie. Ce risque est d'autant plus grand qu'augmente, dans les soins, le recours aux moyens techniques et biomédicaux. Cela conduit à la question souvent posée en présence d'un malade atteint d'un cancer avancé: ne faut-il pas recourir à l'euthanasie pour abréger, avec la vie, les souffrances inévitables? Si l'on résiste à cette tentation, peut-on laisser la maladie poursuivre son cours et se limiter à des soins palliatifs?

Celui qui doit prendre la décision ne pourra pas se retrancher dans l'agnosticisme ni renoncer à chercher un code de conduite précis qui doit pourtant tenir compte du cadre clinique et de la situation objective. Celle-ci doit, obligatoirement, être appréciée en fonction de l'évolution de la maladie, bien que les phases terminales ne soient que rarement graduelles, mais plutôt constituées de multiples épisodes aigus. L'un de ces épisodes sera l'élément ultime et décisif de la mort. Pour une affection déterminée, l'incertitude du lendemain persiste quant à la conduite

## anesthésie d’hier

médicale : intervenir sans espoir de guérison ou opter pour le soulagement de la douleur. Qui prônerait l’abstention ?

En face d’un malade en occlusion intestinale, qui souffre, vomit et ne peut plus s’alimenter, peut-on refuser une éventuelle intervention, même si l’on sait qu’elle n’aura pas de but curatif ? Le terme souvent entendu de « traitement symptomatique » est injustement dévalorisant.

Les pronostics chez les malades au « stade terminal » (ou en cours de « maladie terminale »), promis à une mort proche, doivent respecter l’incertitude de l’évolution ; trop de maladies restent inconnues à ce jour et c’est souvent grâce aux efforts entrepris pour secourir les mourants que la médecine a pu trouver de nouveaux traitements.

Devant le nombre croissant de malades et face à leurs exigences accrues, notre société a le choix entre deux voies possibles : dans la communication avec les malades et leurs proches, soit les médecins privilégient l’attente de l’amélioration, ce qui risque de conduire à une déception et à une plus grande déchéance ; soit les médecins agissent pour augmenter les chances d’amélioration de leur malade. Le juste équilibre ne peut se trouver qu’en une sorte de communion avec le malade.

L’euthanasie sera d’autant moins prise en considération ni demandée que le choix de la solidarité avec les patients en grande difficulté, comme avec les faibles et les marginaux, sera accepté. Cela n’est nullement contraire aux progrès de la science. Espérons que ce progrès aidera à éviter les maladies chroniques qui affligent l’humanité. Cet espoir justifie la recherche et l’oriente vers une stratégie biomédicale. Celle-ci ne doit pas seulement viser à l’allongement de la vie, mais plutôt à la prévention des maladies débilitantes. L’euthanasie ne trouve pas sa place dans cette perspective. Elle apparaît comme une reddition et un échec.

Certes, devant un malade qui souffre, atteint d’une maladie incurable, il ne suffit pas de dire non à la requête de la mort.



## souvenirs

Il est nécessaire de dire oui à la demande d'allègement des souffrances, mais avant tout d'aider à trouver un sens à une vie qui s'éteint lentement.

Pour le médecin chrétien, le premier impératif moral est celui de servir la vie, ce qui veut dire aussi de l'assister à la fin de son accomplissement naturel. L'assistance médicale aux mourants est un moment particulièrement important et délicat qui devra permettre, jusqu'à la mort, à l'homme de se reconnaître vivant.

*Traduit de l'italien*



Castel Gandolfo, 8 septembre 1988  
Sa Sainteté Jean Paul II, Corrado Manni et Jean Lassner



## Le doyen d'âge

### **Douglas Howat**

Ancien secrétaire général de la Fédération mondiale  
des sociétés d'anesthésie

Membre fondateur de l'Académie européenne d'anesthésiologie  
(Grande-Bretagne)

Fellow of the Royal College of Anaesthetists

C'est pour moi une grande joie d'adresser mes félicitations et mes meilleurs vœux au professeur Jean Lassner, à l'occasion de ses quatre-vingt-dix ans.

Je connais Jean Lassner depuis plus de trente-cinq ans et j'ai le meilleur souvenir de nos rencontres. Ce n'est pas à moi de rappeler ici toutes les distinctions honorifiques qu'il a obtenues.

Je suis néanmoins fier d'y avoir modestement contribué, en le présentant comme candidat à l'élection, d'une part comme membre de la Section d'anesthésie du *Royal College of Surgeons*, devenu entre-temps *Royal College of Anaesthetists*, et

## anesthésie d'hier

d'autre part comme membre d'honneur de la Section anesthésie du *Royal College of Anaesthetists* de Grande-Bretagne.

En 1977, quand j'étais président de la Section anesthésie, Jean est venu pour parler de l'anesthésie dans la communauté européenne à une de nos journées. Quand j'étais examinateur à l'examen du *Fellowship* du Collège des anesthésistes, il y a participé comme observateur, pour en étudier le fonctionnement. À cette époque, la France était le seul autre pays européen où existait un examen terminal national.

J'ai toujours apprécié son sens de l'humour. Lors d'une réunion difficile, dans le cadre du congrès mondial des anesthésiologistes à Mexico en 1976, il interrompit la séance et annonça une pause pour offrir le champagne à tous les participants. Sauf erreur de ma part, on nous servit en fait de la tequila et le reste de la réunion était encore plus passionné et prolongé, ce qui je pense n'était pas fait pour surprendre Jean!

Un bon souvenir pour ma femme et moi est celui de notre séjour dans la maison de campagne de Jean, en Dordogne, pour rédiger le projet des statuts de l'Académie européenne d'anesthésiologie. Comme le siège de celle-ci était à l'époque à Paris, le texte devait être rédigé en français et en anglais, conformément à la loi française. Avec l'aide experte de madame Lassner, elle-même juriste, nous nous sommes attelés à la tâche de marier la logique française et l'empirisme anglais. Ma femme m'a raconté que, de la pièce voisine où elle était, elle pouvait entendre nos fréquents éclats de rire! Le texte une fois terminé, Jean Lassner m'a demandé de parler aux médecins de Sarlat de l'utilisation de l'analgésie épidurale en obstétrique, malgré mon français hésitant.

L'anesthésiologie française a bien de la chance d'avoir un homme aussi éminent comme doyen d'âge. Je suis fier de le connaître et de faire partie du cercle de ses amis.

*Traduit de l'anglais*

## Quand il avait mal au dos!

**Geneviève Barrier-Jacob**

Professeur honoraire – ancien chef de service d’anesthésie  
et de réanimation

CHU Necker-Enfants-Malades – Paris

À la fin de mes études, mon maître préféré, le Pr Pierre Soulié, me conseilla de choisir la cardiologie qui s’enrichissait de nouvelles techniques révolutionnaires. Malgré ses réticences, je me suis dirigée vers l’anesthésie-réanimation que je pensais discipline d’avenir. J’hésitais sur la direction à prendre à l’intérieur de la spécialité lorsqu’au cours de l’été 1960, je fis des remplacements pendant les vacances d’été pour gagner ma vie. En particulier celui de Michel Cote, qui était alors un des rares médecins anesthésistes travaillant dans le secteur privé, et le seul compétent en obstétrique. Je fis alors la connaissance, à l’hôpital Américain de Neuilly, des Prs Jacques Varangot et Maurice Mayer. L’un et l’autre étaient des sommités reconnues. Les deux, qui n’étaient pas très liés, me donnèrent le même conseil, celui de lancer en

## anesthésie d'hier

France une nouvelle spécialité qu'une anesthésiste exceptionnelle était en train d'inventer en Amérique: l'anesthésie périnatale. Ils entretenaient des liens étroits avec les États-Unis. Ils avaient tous deux rencontré Virginia Apgar, anesthésiste-réanimateur d'origine sud-africaine, professeur d'anesthésie-obstétricale au *Presbyterian Hospital* de New York. Cet hôpital est lié à l'université Columbia, comme l'hôpital Américain de Neuilly où je travaillais alors. Maurice Mayer me trouva une bourse. Cet été-là je partis à New York pour rencontrer Apgar. Ce voyage bouleversa ma vie professionnelle. Je découvrais une médecine dont je n'avais pas la moindre idée. Je rencontrais un médecin qui avait décidé qu'un nouveau-né était un malade qui devait être traité comme tous les autres: il fallait examiner cliniquement ces petits malades, faire un diagnostic et les traiter en fonction du diagnostic avec les moyens les plus modernes. Elle avait peu auparavant décrit un «score» qui permettait d'évaluer rapidement l'état du nouveau-né et de le noter de un à dix. Les lettres du nom de Apgar sont toujours le moyen mnémotechnique universellement utilisé pour évaluer l'état des nouveau-nés.

Il faut ici dire qu'au début des années soixante, l'anesthésie-réanimation n'était pas encore, en France, une spécialité indépendante. Elle ne le deviendra qu'en 1967, trente ans après la Grande-Bretagne. Pour pouvoir exercer l'anesthésie-réanimation obstétricale, il fallait donc obtenir un poste auprès d'un chef de service d'obstétrique. Ce que je fis auprès du Pr Merger, alors président de la Société française de gynécologie et d'obstétrique. Lors d'une séance publique de la société en 1961, il me répondit que «l'accouchement est un acte physiologique qui ne requiert pas la présence d'un médecin anesthésiste». Se leva alors dans la salle un monsieur que je ne connaissais pas et qui, avec véhémence, déclara: «Les actes physiologiques, j'en fais tous les matins. Je n'ai besoin ni d'une sage-femme, ni d'une maternité, et je ne cours pas le risque de mourir

## souvenirs

d'hémorragie. Si vous voulez venir chez moi, je viens d'être nommé chef de service de la Maternité Notre-Dame de Bon-Secours, je serai heureux de vous accueillir». C'est ainsi qu'avec l'aide de Michel Chartier, dans un hôpital qui n'était pas universitaire et avait donc la possibilité d'innover, nous avons démarré cette aventure. Notre travail de recherche clinique se déroulait à mi-temps à Bon-Secours où le salaire était modeste, et l'activité privée lucrative à l'hôpital Américain de Neuilly. Là, dans les vestiaires de la salle d'opération, je croisais parfois le Pr Lassner, qui m'apparaissait comme la statue du Commandeur. Il était respecté, craint, très impressionnant. Ce n'était pas un homme qu'on abordait facilement. Plusieurs années passèrent ainsi, jusqu'à ce que la spécialité fut reconnue en 1967. Vint alors mai 1968, période assez agitée à l'hôpital Cochin. En 1969 fut créé, un des premiers, le DAR de Cochin dont M. Lassner devint le premier chef de service. Par un heureux concours de circonstances, les gynécologues-accoucheurs gagnèrent leur indépendance chirurgicale alors que les anesthésistes accédaient au rang de spécialistes. C'est ainsi que mes amis Sureau et Henrion s'apprêtaient à succéder à leurs maîtres. À cette occasion, ils changèrent de statut et choisirent le plein temps hospitalier à Cochin, CHU riche de trois services de gynécologie-obstétrique.

J'étais donc très perplexe, ne sachant si, dans ces fameux CHU, il y aurait des possibilités de travailler avec autant de liberté, dans des conditions de travail aussi libres et agréables qu'à Notre-Dame de Bon-Secours.

Je retournai à New York pendant trois mois. Période magnifique où je fis la connaissance de Sol Shnider et de Stanley James – qui restèrent jusqu'à leur décès deux de mes plus cher amis – ainsi que de Mike Finster. Cette équipe était en train d'inventer un nouveau mode d'exercice de l'anesthésie en obstétrique, de pratiquer la recherche clinique fœtale avec un budget qui rendait possible un accès à l'animalerie du sous-sol. Pédiatres et anesthésistes

## anesthésie d’hier

collaboraient dans une excitation intellectuelle qui permettait de défricher cette terre inconnue qu’était la réanimation du nouveau-né. Virginia Apgar m’emmena dans une tournée de conférences. C’est alors que je vis pour la première fois un cas de paraplégie maternelle consécutive à une analgésie péridurale de confort pour un accouchement normal. Ce qui calma immédiatement l’intention que j’avais alors d’appliquer à l’obstétrique cette technique à mon retour à Paris.

Je revins à Paris assez pessimiste sur les possibilités que j’aurais de suivre, très modestement et de loin, les traces de Virginia et de son équipe. J’ai envisagé alors de changer d’orientation et lui fis part de mes doutes. Elle me répondit par la lettre jointe (cf. annexe en page suivante)

Peu de temps après, je croisai le Pr Lassner. Il me demanda d’aller le voir. Il organisait son service à Cochin, et envisageait certains recrutements dont celui d’un anesthésiste qui prendrait en charge les trois maternités. Il avait des idées très précises sur le service qu’il souhaitait mettre en place. Il connaissait parfaitement bien ce qui se passait en anesthésie dans le monde anglo-saxon et était en avance de plusieurs années non seulement sur la plupart de ses collègues mais surtout sur l’administration hospitalière qu’il fallait convaincre pour organiser ce nouveau mode d’exercice.

Tout cela représentait pour moi un saut important dans l’inconnu. Je n’ai pas immédiatement accepté de tout remettre en jeu pour intégrer le DAR nouvellement créé à Cochin. M. Lassner, qui savait être très persuasif, trouva la solution administrative qui me permit de réintégrer l’Assistance publique. Je fus convaincue par son exceptionnelle intelligence, son instinct stratégique, sa culture immense et son sens de l’humour, bien que je redoutasse son autorité qui était grande. C’était un négociateur difficile. Il forçait ses interlocuteurs à analyser point par point leurs projets pour le convaincre. C’était le moyen le plus sûr d’obliger ses jeunes collaborateurs à préparer des programmes mûrement analysés et pesés. Une fois accepté, le



souvenirs

30 Eagle St  
Tenafly,  
New Jersey  
Aug. 24, 1967

Dear Genevieve,

I was simply delighted to receive the personally inscribed book by Jacqueline Caurat - about the Wonderful World of Stamps. It is most imaginative and beautifully printed. France is one of my favorite countries - I have already learned some new facts about your stamps - Please thank Mlle Caurat for her thoughtfulness.

It was great fun meeting you - you encourage me greatly about the progress of Medical Anesthesia in France - especially in Obstetrical anesthesia. Thank you for the volume you gave me of your recent Symposium. You are a true pioneer and I like pioneers! 😊.

Do not get discouraged by those funny people - Obstetricians. They need YOU very much though they may not admit it!

Keep up the good work, and come again soon. Even though you dislike "spinal" because of your own experience, do not overlook block techniques for obstetrics. Do write when you can. Thank You + Best Wishes  
Virginia Apgar

Fac-similé de la lettre de Virginia Apgar

## anesthésie d’hier

protocole de recherche clinique était appliqué. Nous savions que nous pouvions compter sur son aide, ses conseils et ses critiques redoutables mais parfaitement ajustées. Fort heureusement, son autorité était assouplie par la bonté et l’ironie de madame Lassner qui savait gommer les aspérités du caractère du PATRON lorsqu’il avait mal au dos.

J’ai pour lui de la reconnaissance et de l’affection. Il m’a enseigné la rigueur et l’esprit d’économie indispensables à l’exercice de l’anesthésie (une seule petite seringue suffit la plupart du temps). Il m’a aussi enseigné le premier la prise en charge de la douleur qu’il était le seul à pratiquer à l’Assistance publique de Paris à cette époque. Il a vainement tenté de me convaincre de l’utilité de l’hypnose en anesthésie-réanimation.

Merci, M. Lassner. Rendez-vous en 2013 pour votre centenaire.

# Une affaire de famille

## **Michael Vickers**

Professeur émérite – Collège de médecine de l'université  
du Pays de Galles, Cardiff

Président de l'Académie européenne d'anesthésiologie 1990-1993  
Fellow of the Royal College of Anaesthetists

### **Introduction**

Jean Lassner a à son actif beaucoup de réalisations, qui imposent un hommage. Je voudrais évoquer ici l'une d'entre elles: le Centre français de l'Académie européenne d'anesthésiologie (CFAEA), qu'il fit fonctionner avec l'aide de membres de sa famille et dont bénéficia toute l'anesthésie européenne.

### **Le contexte**

L'Académie fut fondée en 1978, et Jean en a été son premier président. Son influence a été tellement forte, qu'en

## anesthésie d’hier

dépit d’une présidence d’une durée statutaire de trois ans (il a lui-même rédigé le projet des statuts!), il fallut le persuader d’accepter un second mandat de trois ans. En 1984, six années de présidence avaient passé. Pour continuer à bénéficier de ses conseils, le sénat lui octroya le titre de «président fondateur» et un siège permanent au comité exécutif. Est-ce pour justifier ses nouvelles fonctions, ou parce que à ce moment il eut l’occasion unique de développer une activité nouvelle (et souhaitable) de l’Académie? Quoi qu’il en soit, il lança les séminaires de l’Académie, dont le premier eut lieu en 1985.

À cette époque, celle-ci avait déjà atteint au moins un des espoirs de son fondateur: permettre aux enseignants seniors de l’anesthésiologie de la plupart des pays européens de se connaître personnellement. Ceci a été rendu possible en grande partie par la taille humaine des réunions annuelles et le poids donné à leur versant social. Les séminaires permirent d’amplifier encore ces liens bénéfiques entre enseignants.

### **Le lieu**

Les séminaires avaient lieu à la maison de campagne de Jean Lassner, à proximité de Sarlat, dans la vallée de la Dordogne. L’expression «maison de campagne» donne une fausse idée à ceux qui n’y sont jamais allés. C’est un grand domaine, avec un château détruit en 1944 lors de la retraite de l’armée allemande, entouré de ses dépendances et de terres. Jean Lassner l’acheta après la guerre et restaura la ferme et quelques autres bâtiments, dont un moulin, une bergerie, un pigeonnier et des granges. Pour les séminaires, il restaura complètement l’une d’entre elles, située quatre cents mètres à l’intérieur d’une forêt. Elle comportait une salle de réunion, à géométrie variable, accueillant généralement dix-huit à vingt participants. Il l’appela Centre français de l’Académie européenne d’anesthésiologie comme le précisait une plaque. Il le dota d’un fonds particulier pour son entretien. À proximité se situait «La Suquette», une petite

## souvenirs

maison à deux étages et un sous-sol. Il la restaura et la transforma en un lieu pour passer la nuit et une cafétéria, pour les pauses café et thé. D'autres chambres existaient dans la bergerie, le moulin et la grande maison. Quand la place manquait, quelques participants passaient la nuit dans un des petits hôtels des environs.

Ce site, idyllique pour la méditation et les vacances, avait comme inconvénient majeur les difficultés d'y arriver. Le domaine est situé à quelques kilomètres de Sarlat, joignable par un tortillard à partir de Bordeaux, sur la ligne Paris-Toulouse. Ceci nécessitait bien quatre à cinq heures de train, dans le meilleur des cas, car les trains étaient peu nombreux. L'aéroport régional le plus proche était à une heure d'auto et il fallait changer d'avion à Paris. C'est pourquoi la plupart des participants venaient en auto, en parcourant des distances considérables sur des routes non adaptées à la conduite rapide.

### **L'organisation**

C'était une véritable affaire de famille. Une telle entreprise eut été impossible à mener sans l'aide dévouée de madame Lassner, notre chère Colette, aujourd'hui décédée. Sa fille Claudine avait un grand savoir-faire organisationnel et administratif. Toutes deux prenaient en charge le côté social. Claudine organisait le transport des invités. Les participants déjeunaient au restaurant; les accompagnant(e)s de leur côté visitaient des sites fameux, dont cette région est particulièrement riche. Le soir, après une courte excursion, tout le monde dînait ensemble dans un des nombreux restaurants épicuriens.

Jean Lassner choisissait un thème d'intérêt international et invitait une personnalité qui connaissait le sujet à fond et acceptait de diriger la réunion. Ensemble ils sélectionnaient les participants, tous originaires des pays européens. Le plus souvent c'étaient des membres de l'Académie, mais des

## anesthésie d’hier

experts non-membres étaient aussi invités. Chacun devait préparer un aspect du thème et l’aborder lors de la discussion. Il n’existait pas d’auditeurs libres.

À certaines réunions, une personnalité de l’industrie pharmaceutique ou biomédicale était invitée. En effet, Jean couvrait en partie les dépenses par des fonds obtenus de l’industrie. Les frais de déplacement restaient à la charge des participants. L’idée était que la qualité de l’accueil, de la restauration, de la compagnie et des thèmes compensait largement les frais de déplacement et les difficultés d’arriver sur place.

### **Les thèmes**

Avant de décider d’écrire ce texte, j’ai essayé de savoir si Jean avait noté les thèmes et les noms des participants : à ma grande surprise et déception, il ne l’avait pas fait. Claudine m’a donné des renseignements sur les deux premières réunions et moi-même ai pu glaner quelques données, mais il reste de nombreuses lacunes, notamment en ce qui concerne les réunions de 1989 et 1990, et celles après 1992.

Je dispose de données sur les séminaires suivants :

- 1985 Sécurité de l’équipement d’anesthésie
- 1986 Conséquences médico-légales des accidents anesthésiques
- 1987 Enseignement et formation en anesthésiologie en Europe
- 1988 Feuille d’anesthésie automatisée
- 1991 Standards de monitoring en anesthésie en Europe
- 1992 Réflexions sur l’avenir de l’anesthésiologie en Europe

Ces thèmes ont permis un bénéfique échange d’opinions et d’informations sur les différences entre les pays représentés. La forte proportion de Français a deux causes : Jean connaissait mieux les experts français que les étrangers pour intervenir dans les thèmes retenus et, de plus, en les invitant il voulait faire connaître l’Académie à ses compatriotes et les

## souvenirs

inciter à en devenir membres ; l'anesthésiologie française était en effet sous-représentée à l'Académie.

En règle générale il avait tendance à inviter ceux qu'il connaissait bien : j'ai eu la chance de faire partie de ceux-là.

### **Qu'arriva-t-il ?**

Jean Lassner a souvent dit qu'un séminaire qui ne débouche pas sur quelque chose n'a pas de valeur réelle. En clair, ce « quelque chose » était une publication. Comme les séminaires avaient lieu en anglais, la rédaction incombait à un participant dont l'anglais était la langue maternelle. Comme il n'y en avait que deux à trois par séminaire, et que j'étais l'un de ceux-là au moins trois fois, il est facile de conclure. Les séances étaient d'abord enregistrées avec un vieux magnétophone à bobines. Puis Myriam, une petite-fille de Jean et de Colette, a été chargée de faire les enregistrements avec une machine plus moderne.

Le problème de la publication était probablement la cause principale de la fin des séminaires. Les compagnies commerciales ne sont pas par essence des organisations philanthropiques. Leur parrainage suppose un large impact sur la profession. Elles sont réticentes à soutenir financièrement une réunion où elles touchent peu de monde et dont l'impact publicitaire est quasi nul. À l'inverse, leur soutien était indispensable : les séminaires ne pouvaient pas se faire si les participants devaient prendre en charge l'ensemble des dépenses.

La publication de ce type de littérature nécessite des appuis chez les éditeurs, et les nôtres étaient insuffisants. C'est pourquoi le premier séminaire, dirigé par le Pr M.K. Sykes, fut traduit en français et publié dans les *Cahiers d'Anesthésiologie* 1986 ; 34 : 285-333.

Le journal de l'Académie, l'*European Journal of Anaesthesiology*, venait juste d'être fondé, en 1984, sous forme d'une publication trimestrielle, avec pour objectif principal

## anesthésie d’hier

des articles scientifiques originaux et de bonne qualité, et non pas des discussions sur des thèmes généraux. D’autres journaux dans notre situation faisaient de même. Les éditeurs n’étaient pas intéressés par un texte obtenu à partir d’un enregistrement. Ils voulaient des chapitres présentés comme dans les livres, correctement référencés et illustrés, portant sur des thèmes susceptibles d’intéresser beaucoup de monde. Or la plupart des participants ne s’attelaient pas à une telle tâche, et le rédacteur, même plein de bonne volonté, ne pouvait produire de tels chapitres à partir de la seule bande magnétique.

Tous ceux qui ont essayé de produire un texte qui tienne la route, à partir d’une bande magnétique, avec des exposés faits très souvent dans un anglais dont l’orateur est plus ou moins familier, commentant des figures dont le rédacteur ne dispose pas forcément, et suivis de discussions s’écartant souvent du sujet, savent quel cauchemar cela représente. Le but fut atteint une seule fois : j’ai réussi à produire un petit fascicule du séminaire de 1987 (Enseignement et formation en anesthésie en Europe), publié par les laboratoires Janssen. Il reçut le sobriquet « petit livre rouge », du fait de la couleur de sa couverture. Chaque académicien en reçut un exemplaire.

En 1992, l’Académie publia elle-même ses ouvrages, sous forme de petits volumes. Il en fut ainsi des conclusions du séminaire sur « Avenir de l’anesthésiologie en Europe ». J’ai « vendu » les textes du séminaire sur la « feuille d’anesthésie automatisée » à Baillière, pour sa collection *Clinical Anaesthesiology* et j’ai persuadé Gavin Kenny, un expert de renommée internationale dans ce domaine, de les mettre en forme. La publication (*Baillière’s Clinical Anaesthesiology: International Practice and Research, vol 4, n° 1, Automated Anaesthesia Records, Baillière Tindal London, 1990*), était bien plus développée que le séminaire, mais dans la préface l’origine du travail était néanmoins signalée.

En définitive, les séminaires avaient vu le jour quand Jean était déjà à la retraite. Il aurait aisément pu se reposer sur ses



## souvenirs

lauriers. Au lieu de cela, lui, son épouse et Claudine se sont dévoués pendant près de sept ans encore pour continuer à travailler en faveur de l'anesthésie en Europe. Tous ceux et celles qui ont eu la chance de participer à un des séminaires en gardent un souvenir ému et se sont fait des amis durables et des connaissances dans d'autres pays.

### **Une remarque personnelle**

À la demande de Jean, j'ai organisé le séminaire de 1998. J'ai découvert qu'un de mes orateurs, Michael Fisher, était pilote amateur. Lui et sa femme m'ont amené dans leur avion à quatre places à l'aéroclub de Sarlat, où Jean nous chercha et nous ramena, à la fin de la réunion. Le jour de notre retour était le plus parfait que l'on puisse imaginer: ensoleillé,



Dominant le « royaume » de Jean Lassner  
Trois tours fantômes...

## anesthésie d’hier

chaud, mais pas trop, et j’ai dit: «voilà un endroit idéal pour une maison de vacances». Ceci n’est pas tombé dans l’oreille d’un sourd et Jean partit immédiatement en chasse pour m’en trouver une. Pendant un an, ma femme et moi sommes allés voir sur place, tous les trois mois, pour examiner ses trouvailles. Finalement nous avons déniché une maison détruite par le feu. Nous l’avons achetée en 1989, reconstruite avec son aide sans prix en 1990, et fini de la payer en 2000. Elle n’est située qu’à 7 km du domaine de Jean. À chacune de nos visites, nous bénéficions de son esprit «lassnérien», tout cela grâce aux séminaires du CFAEA c’est-à-dire de la famille Lassner!

*Traduit de l’anglais*

## Pendant plus de quarante ans...

### **Jean-Claude Otteni**

Professeur émérite – ancien chef du service  
d'anesthésie-réanimation chirurgicale

CHU de Strasbourg-Hautepierre

Secrétaire général de l'Académie européenne d'anesthésiologie  
de 1989 à 1993

Responsable de l'organisation à Strasbourg de l'examen du diplôme  
européen d'anesthésie-réanimation de 1984 à 1996

Fellow of the Royal College of Anaesthetists

Cher M. Lassner, pendant plus de quarante ans, j'ai eu le privilège de faire des petits bouts de chemin avec vous, en particulier dans le cadre des réunions de Cochin, des *Cahiers*, de la Société et de l'Académie.

Nos premières rencontres ont eu lieu en 1961, lors des réunions du vendredi après-midi, à l'hôpital Cochin, que vous animiez avec MM. Kern, Vourc'h et Valletta. Les exposés et les intéressantes discussions qui les accompagnaient

## anesthésie d'hier

paraissaient ensuite dans les *Cahiers d'Anesthésiologie*, fondés dans ce but. En effet, au début de mon service militaire (dont la durée était alors de deux ans!), j'ai été détaché à l'hôpital Cochin pour faire un stage d'anesthésie de six mois, sous la direction de M. Kern. À cette époque, l'hôpital militaire du Val-de-Grâce ne pouvait assurer, à lui seul, la formation d'un nombre suffisant d'anesthésistes pour les besoins de la chirurgie en Algérie.

À mon retour à la «vie civile», je me suis orienté, à la fin de l'internat, vers l'anesthésie-réanimation. J'ai rejoint M. Gauthier-Lafaye, venu fonder le «département» de Strasbourg. De ce fait je vous ai revu régulièrement, lors des différentes réunions de la «Société», d'abord rue de Seine à l'Académie de chirurgie, ensuite dans «nos» locaux, rue Saint-Maur, puis rue Raynouard.

En 1970, vous êtes venu à Strasbourg présider le congrès national d'anesthésie-réanimation et l'unique Journée franco-allemande d'anesthésie, consacrée au «polytraumatisé».

Vous m'avez ensuite sollicité pour faire partie du comité de rédaction des *Cahiers*.

Vous m'avez également introduit dans les réunions d'anesthésie-réanimation organisées dans les pays de langue allemande. Mes connaissances de l'allemand me permettaient en effet de vous seconder et de représenter avec vous l'anesthésie-réanimation française. C'est là que j'ai constaté l'énorme travail que vous y faisiez, le profond attachement et la grande estime que tous les «leaders» étrangers avaient pour vous, non seulement dans les pays germanophones, mais dans bien d'autres, en particulier la Grande-Bretagne.

Il n'est donc pas étonnant que vous ayez fondé «l'Académie», dans laquelle vous m'embrigadâtes bien entendu aussi. Vous m'avez confié l'organisation pratique des examens du diplôme européen d'anesthésie-réanimation à Strasbourg. J'avais accepté du fait du caractère prometteur du projet et de la vocation de capitale européenne de ma ville.

## souvenirs

De plus, les locaux disponibles s'y prêtaient bien (examen dans la grande salle de dissection de l'Institut d'anatomie normale, vin d'honneur pour les nouveaux diplômés dans les caves historiques de l'hôpital). Compte tenu du nombre de candidats, il y a eu jusqu'à trois sessions par an ! Tous ceux et celles qui «sont passés par là», ils sont plus de mille, en parlent encore aujourd'hui avec émotion. Le nombre croissant de candidats a imposé la multiplication des centres d'examen. Le diplôme est devenu le «joyau» de l'Académie. Il contribue incontestablement à élever le niveau de notre spécialité en Europe et au-delà.

Grâce à vous, ma vie professionnelle s'est trouvée fortement enrichie. Je vous en suis profondément reconnaissant.



## Voilà pourquoi il faut se lever de bonne heure...

**Bill Wren**

Membre fondateur de l'Académie européenne d'anesthésiologie  
Dublin – Irlande

L'anniversaire de Jean Lassner résonne avec ma propre vie et le début de ma soixante-dixième année. Les choses ont commencé dans le petit cimetière d'une église chrétienne près de Dublin, pendant la pause d'une réunion scientifique : un homme à côté de moi m'a fait remarquer que ce cimetière lui rappelait un coin semblable près de Sarlat, dans un cimetière dans lequel il avait dit au curé qu'il voudrait être enterré. Celui-ci lui avait répondu : « Oh, docteur, je ne vous le conseille pas, ce coin serait beaucoup trop humide pendant l'hiver ».

Cette première rencontre avec Jean Lassner donne admirablement le ton d'une amitié que j'ai chérie tout au long de ces années. Je n'oublie toutefois pas son approche et son

## anesthésie d’hier

concept pour la création de l’Académie européenne d’anesthésiologie,

Pendant ma vie professionnelle, j’étais extrêmement occupé par les affaires de mon hôpital, ma faculté, le programme de formation des étudiants du troisième cycle, etc, etc... J’ai rapidement appris que cela n’était rien, en comparaison du travail de cet homme «plus vieux» que moi, et qui avait ajouté à sa myriade d’autres responsabilités, celle de la rédaction des *Cahiers*, et qui assumait une large correspondance, avec une constellation d’anesthésistes d’Europe et du monde entier.

Un des secrets de cette performance m’a été révélé quand, au cours des années suivantes, je fus reçu chez lui, rue Méchain, avec le charme, l’esprit et la générosité fidèle de son épouse madame Colette Lassner.

Bien que le regrettant amèrement, j’étais un lève-tard, et le son de la machine à écrire de Jean, venant de son bureau dès six heures du matin, me servait de réveille-matin! Dans ces années-là, outre la joie de visites fréquentes à Paris, j’ai rencontré les enfants Lassner, dont Claudine, l’infatigable. Travaillant à l’organisation des réunions, elle m’a fait découvrir une succession de beaux endroits en compagnie d’un grand nombre d’anesthésistes distingués et de personnalités remarquables de toute l’Europe. Cette expérience a inconsciemment placé nos affaires dans un contexte européen plus large, et a été très bénéfique pour moi et mes collègues irlandais.

J’ai aussi observé, avec admiration, combien de problèmes potentiels ont été résolus, avec une apparente facilité, grâce à l’habileté de Jean et sa vision remarquable, son énergie et sa ténacité pour poursuivre son objectif: élever le niveau des pratiques professionnelles.

C’est donc un très grand privilège pour moi d’avoir l’occasion de me joindre à mes collègues européens, dans mes souhaits pour Jean.

*Traduit de l’anglais*



## 1950 – De l’histoire ancienne, presque de la préhistoire

**Monique Lande**

Médecin adjoint d’anesthésiologie des hôpitaux  
CHU Cochin Port-Royal Paris

N’étant plus depuis longtemps dans l’ambiance hospitalière, chirurgicale et anesthésique, j’ai choisi de raconter l’histoire ancienne...

À cette époque, les services de chirurgie comportaient un chef de service, chirurgien des hôpitaux, un ou deux assistants des hôpitaux et au moins deux Internes des hôpitaux de Paris. Les interventions chirurgicales, programmées le matin, se terminaient en fin de matinée, rarement plus tard. Les urgences étaient prises en charge localement par les internes et assistants jusqu’à la fin de l’après-midi. Ce que l’on appelait «la garde générale des hôpitaux» commençait à dix-huit heures. Elle était faite par un chirurgien des hôpitaux qui effectuait tous les déplacements de nuit, avec une voiture de l’AP-HP; la garde se terminait à 8 heures du matin.

## anesthésie d'hier

À partir des années 1948-1950, après le premier concours d'assistant d'anesthésie des hôpitaux, un anesthésiste a été adjoint au chirurgien de garde. La fréquence des gardes était d'environ une tous les quinze jours. Dès cette époque, il existait une seconde équipe « chirurgien-anesthésiste », uniquement appelée en cas de nécessité, c'est-à-dire extrêmement rarement.

L'AP-HP avait pu bénéficier d'appareils modernes d'anesthésie « Heidbrink » récupérés dans les surplus américains. Cet appareil était portatif, transportable démonté dans une mallette qui comprenait un pied roulant, un bac de chaux sodée, un réservoir à éther, un ballon respiratoire et deux tuyaux adaptés à une pièce en « Y », dont le troisième orifice s'adaptait à un masque ou à une sonde d'intubation trachéale. Les obus d'oxygène et protoxyde d'azote étaient reliés à l'appareil par des étriers. C'était le premier système de « circuit fermé » avec la possibilité d'agir sur le ballon respiratoire. Dès l'arrivée au bloc opératoire, pendant que les chirurgiens se préparaient, l'anesthésiste devait monter l'appareil, examiner le malade et induire l'anesthésie le plus vite possible. Rapidement furent disponibles les barbituriques injectables, le Pentothal remplaçait avec bonheur l'Évipan. Le premier curare, la d-tubocurarine, commençait à être utilisé.

Bien des problèmes se posaient à l'anesthésiste de garde :

- pour l'examen pré-opératoire du malade, souvent en état de choc, il ne disposait que d'un stéthoscope et souvent d'un bien vétuste appareil à tension, mais rarement, au début, d'un laryngoscope. Peu à peu, chaque anesthésiste apporta son matériel personnel. L'anesthésiste posait ensuite une perfusion de soluté glucosé ou si nécessaire de plasma en attendant le flacon de sang demandé en urgence ;
- dès l'intervention terminée, le malade devait être réveillé le plus rapidement possible et avoir récupéré une fonction respiratoire correcte ;
- l'appareil d'anesthésie devait vite être démonté, rangé, pour

## souvenirs

être repris par le chauffeur qui emportait aussi les obus d'oxygène et de protoxyde d'azote;

- il fallait être prêt rapidement pour l'urgence suivante, dans un tout autre secteur de Paris et dans une toute autre spécialité chirurgicale;
- des surprises désagréables pouvaient survenir. Ainsi, lors d'une césarienne à l'hôpital Beaujon, après avoir consciencieusement monté l'appareil, je me suis rendue compte qu'il manquait la pièce en «Y», permettant de raccorder les tuyaux annelés au masque. J'ai dû demander que l'on apporte le vieil appareil «d'Ombredanne» utilisé encore couramment à cette époque.

Tout cela est heureusement de la préhistoire et Jean Lassner va avoir quatre-vingt-dix ans... ce qui, du point de vue de Sirius, n'est pas si vieux que cela !



## Rencontres inoubliables !

### **Tapani Tammisto**

Professeur émérite d'anesthésiologie,  
Membre honoraire de l'Académie européenne  
d'anesthésiologie – Espoo, Finlande

Il n'est peut-être pas inutile de commencer par expliquer la nature de mes relations avec Jean Lassner, car ce faisant je donne au lecteur de meilleures chances de comprendre pourquoi ce sont précisément ces rencontres qui ont laissé une trace indélébile dans ma mémoire, par ailleurs, déjà sclérosée et allant en se détériorant.

En Finlande, la première anesthésie a été effectuée à l'aide d'éther le 16 février 1847, soit quelques semaines seulement après Paris, et le chloroforme a été introduit en 1848. Mais ensuite, l'anesthésie finlandaise ne progressa que lentement; elle était à la traîne, derrière les innovations allemandes et françaises. En d'autres termes, jusqu'à la seconde Guerre

## anesthésie d'hier

Mondiale, les anesthésies étaient effectuées avec de l'éther ou du chloroforme, administrés soit avec le masque de Julliard ou celui d'Ombrédanne, soit par goutte-à-goutte sur une compresse. Après la guerre, l'«anesthésie moderne» se détourna de l'Europe continentale, pour ne plus regarder que vers les pays anglo-saxons. À titre de curiosité et d'exception à cette règle, il faut mentionner la première thèse doctorale anesthésiologique, soutenue, en été 1944, par Eero Turpeinen, à l'université d'Helsinki, peu de temps avant l'attaque de l'isthme de Carélie par les Forces alliées. Elle était intitulée: «Étude sur la teneur en éther du sang chez l'homme pendant l'anesthésie générale combinée avec la scopolamine-morphine».

À partir de cette époque, les grands ténors de l'anesthésiologie et les mentors des pionniers finnois de notre spécialité étaient tous des anesthésiologistes américains ou anglais.

Les rencontres entre collègues européens étaient occasionnelles et se faisaient essentiellement dans les centres de stage anglo-saxons. Une fois rentrés dans leur pays d'origine, nos pionniers ont évidemment transmis à leurs assistants leur savoir et leur savoir-faire, et quand ceux-ci voulaient à leur tour se perfectionner à l'étranger, ils ont utilisé les contacts personnels établis par la génération précédente aux USA et en Grande-Bretagne. Aussi la première génération d'anesthésiologistes totalement formée en Finlande n'avait d'admiration que pour l'anesthésie anglo-saxonne et trouvait les rencontres avec leurs collègues européens moins utiles et moins intéressantes.

Je faisais malheureusement partie de cette seconde génération; mais heureusement j'avais une «anomalie», celle d'avoir épousé une belle Allemande. De ce fait j'ai été en mesure d'établir des contacts avec quelques anesthésiologistes allemands et d'être au courant de ce qui se passait en Europe continentale. C'est ainsi que j'ai d'abord connu le Pr Lassner de nom, longtemps avant la fondation de l'Académie

## souvenirs

européenne d'anesthésiologie. J'ai pris conscience qu'il était un des meneurs de l'anesthésiologie française. J'ai aussi entendu parler de son activité de résistant durant la guerre. Quand l'Académie vit le jour, il y a vingt-cinq ans, j'ai découvert en Jean Lassner un homme polyglotte et de grande envergure, un fin politicien dans le domaine de l'anesthésiologie européenne. Pendant les dix ans qui ont suivi, étant alors sénateur de l'Académie, nos relations se sont approfondies et une amitié de type oncle-neveu s'est constituée entre nous. Malgré cela, il n'est pas dans mon intention de détailler ici les traits caractéristiques, ou les grandes œuvres de Jean Lassner, beaucoup d'amis et de collègues étant mieux placés que moi pour le faire. En fait, comme dit plus haut, je me propose de rapporter ici quelques épisodes de ma vie, où j'ai eu l'occasion d'entrer en contact avec Jean Lassner, et qui ont profondément marqué ma mémoire.

À partir de 1970, le Pr Karl Hutschenreuter organisa à Hombourg (Sarre) un enseignement post-universitaire qui avait un succès considérable. Les cours, d'une durée de près d'une semaine, avaient lieu tous les deux ans. L'atmosphère y était décontractée, très bon enfant, en partie du fait que la plupart des orateurs étaient réinvités plus ou moins régulièrement. Jean Lassner était de ceux-là. Je ne me souviens plus du titre de sa première présentation, mais il commença en soulignant l'importance de la coopération internationale, ainsi que la nécessité d'apprendre des langues étrangères, en particulier celles de pays limitrophes du sien. La Sarre formant une région frontalière avec la France, le lieu était bien choisi pour émettre de telles idées. En détaillant la façon de les mettre en pratique, Lassner dit par exemple que la meilleure recette pour apprendre une langue étrangère était de le faire au lit! Je ne sais pas si en le disant il se basait sur sa propre expérience, ou si l'auditoire avait une expérience similaire, mais en ce qui me concerne, moi qui suis mauvais en anglais, mais assez bon en allemand, j'étais entièrement

## anesthésie d'hier

d'accord avec lui. Bien que la chose parût être une blague, j'ai fait ultérieurement un large usage de sa recette du lit, lors de mes interventions. Ce fut le cas dans mon pays. En effet, de 1153 à 1809, la Finlande faisait partie de la Suède. Ensuite, de 1809 à 1917, elle formait un Grand Duché au milieu de l'Empire russe. Les langues d'enseignement étaient le latin et le suédois. Ce n'est qu'après les années 1890 que tous les enseignants devaient être capables d'enseigner en finnois. De ce fait, alors qu'il y a cent ans, tous les gens qui avaient été à l'école parlaient couramment le suédois, à partir de la déclaration d'indépendance de la Finlande en 1917, le suédois a été de moins en moins parlé, au point qu'à l'heure actuelle la minorité parlant le suédois n'atteint plus qu'environ 6%. De plus, la majorité des Finlandais ayant fait des études secondaires communiquent en anglais avec leurs voisins scandinaves! Pour comble de malheur, en cas de mariage mixte, un membre du nouveau couple parle finnois et l'autre suédois, et le finnois est la langue parlée à la maison, la plupart des épouses parlant couramment cette langue. À mon avis, c'est là un développement plus que regrettable et aux conséquences désastreuses: il détruit en effet notre héritage scandinave et notre caractéristique de nation bilingue. Quand j'assiste aux débats visant à préserver notre particularisme, j'argumente mon plaidoyer, souvent avec un certain succès, je dois l'avouer, à l'aide de la déclaration mémorable de Jean Lassner concernant le lit.

Un autre exposé mémorable de Jean Lassner a porté sur les relations entre chirurgiens et anesthésistes. Il y a fait état d'une complication de cause obscure, survenue dans son hôpital. Par la suite, en rediscutant avec lui de cet accident entre quatre yeux, il m'a révélé que la collègue anesthésiste concernée par l'accident était allée le voir, en larmes, lui avouant que le chirurgien l'avait tellement mise en colère qu'elle avait intentionnellement réduit la concentration d'oxygène dans le mélange gazeux inspiré! Jean Lassner avait présenté ce tragique accident comme l'exemple d'un drame



## souvenirs

pouvant survenir dans des cas extrêmes, quand des personnes incapables de s'entendre sont forcées de travailler ensemble. Il termina l'exposé du cas en soulignant la responsabilité des chefs de département qui constituent des équipes incapables d'unir leurs efforts. Cette affirmation a été très importante pour moi, et m'a beaucoup choqué, car jusque-là je faisais le contraire. Comme jeune patron, j'étais tout à fait opposé à la pratique de beaucoup de chirurgiens, consistant à choisir leurs favoris parmi les anesthésistes, qui eux seuls avaient le droit d'endormir « leurs » patients. Je trouvais cette pratique injuste, antidémocratique, cause de tensions, voire dangereuse dans un hôpital universitaire, dont la mission est de former les futurs anesthésiologistes et par conséquent responsable de leur compétence. Ce cas rapporté par Jean Lassner m'a obligé à regarder « l'autre côté de la pièce de monnaie ». Le résultat a été bénéfique, puisqu'il m'a obligé à réexaminer le problème, à changer l'attitude obstinée que j'avais adoptée jusque-là, et à trouver d'autres solutions, plus souples. Bien qu'ayant pris ma retraite depuis sept ans, je persiste à croire qu'un tel problème n'a pas de bonne solution, surtout si on a la malchance d'être confronté à des problèmes multiples entre les personnes concernées. Quoi qu'il en soit, cet exposé est aussi resté gravé profondément dans ma mémoire.

En 1982, le cinquième congrès européen d'anesthésiologie s'est tenu à Londres, dans un cadre superbe, et les organisateurs avaient bien fait les choses. Le congrès était placé sous le patronage de la Princesse Margaret. C'était extraordinaire, puisque la grand-mère de son grand-père, la Reine Victoria, avait tant fait pour la reconnaissance de l'anesthésie, à un moment où celle-ci était encore fortement contestée. Lors de la cérémonie d'ouverture, la Princesse Margaret et Jean Lassner sont venus ensemble sur la tribune. Jean Lassner a honoré la Princesse avec un magnifique discours, soulignant la grande contribution de la grand-mère de son grand-père pour la promotion de l'anesthésie

## anesthésie d’hier

moderne. L’atmosphère était très solennelle et l’on pouvait réellement «entendre le bruissement des ailes de l’histoire» comme les Finlandais ont l’habitude de dire. Jean Lassner était très éloquent et sa personne si charmante, élégante et cultivée, que j’en étais abasourdi, incapable de rien d’autre que de l’admirer et de l’envier. À cette occasion, la Princesse remit à madame Lassner un «diplôme» que sa fille Claudine conserve précieusement.

Ayant maintenant pratiquement atteint l’âge qu’il avait à l’époque, je l’admire et l’envie encore bien plus, les proportions respectives de ces deux sentiments étant néanmoins légèrement différentes, la part d’envie étant probablement plus importante.

Une fois, c’était probablement en 1987, ma femme et moi avons été invités à une réunion du sénat, qui avait lieu dans le manoir des Lassner en Dordogne. La visite était inoubliable, dans tous ses aspects, avec l’impressionnante et grande maison traditionnelle, les superbes alentours, les nombreux monuments historiques. Un détail particulièrement mémorable était le petit-déjeuner, pris en commun et accompagné de discussions vivaces et pleines d’esprit, et, par-dessus tout, les «œufs à la mode Lassner». Il s’agissait d’œufs bouillis, très chauds et très mous, sans aucune coagulation visible, même dans le blanc de l’œuf. Ils avaient un goût très agréable, mais les manger sans salir la nappe nécessitait un sacré savoir-faire. Je dois admettre à ma grande honte que ma connaissance de la culture française est quasi nulle et que je ne sais pas si les œufs bouillis de cette façon sont chose courante dans la cuisine française, voire essentielle pour un gourmet français. Quoi qu’il en soit, ils représentaient quelque chose d’unique pour nous autres Barbares du grand Nord. Pourtant, la plupart de nos amis finlandais eux aussi trouvent que nos œufs bouillis pendant quatre minutes sont encore trop mous. De retour à la maison, après ce merveilleux voyage, ma femme et moi avons bouilli nonchalamment les œufs du petit-déjeuner, moins longtemps que les

## souvenirs

traditionnelles quatre minutes. En commençant à les manger nous poussâmes tous deux un cri de joie: «des œufs Lassner!». Bon, dans la mesure où aucun de nous deux n'est particulièrement précis en ce qui concerne le temps, il arrive souvent que nos œufs soient soit trop mous, soit trop durs. Si malheureusement nous n'avons pas d'expression typique pour les œufs trop durs, ceux par contre qui sont vraiment trop mous sont et resteront pour nous des «œufs Lassner», évoquant du même coup nos souvenirs émus de notre superbe séjour en Dordogne. D'ailleurs, si un de nos petits-enfants ou un ami proche ne connaissait pas l'expression, nous leur racontons l'histoire du fameux professeur Lassner, dans son manoir et ses environs superbes, etc... De ce fait, la personnalité de Jean Lassner est déjà connue de la troisième génération de notre famille. Nous espérons que cette tradition se poursuivra.

Début 1997, le groupe de travail de l'Académie sur l'éthique s'est réuni à Londres. Mon retour était prévu pour le lendemain après-midi, qui était une journée grise et humide, typique de l'hiver anglais, avec chute douce mais opiniâtre de neige mouillée. J'étais déjà à la retraite depuis deux ans et m'étais de ce fait déjà senti un peu étranger au groupe de travail. De plus, vers la fin de l'année précédente j'étais passé par une phase de difficultés personnelles. Aussi n'étais-je pas au mieux de ma forme, au cours de la matinée, quand je regardais par la fenêtre de ma chambre d'hôtel. Je décidai alors d'aller de suite à Heathrow, sans visiter un musée ou un autre site touristique de Londres. Je me suis ainsi retrouvé à l'aéroport avec quelques heures d'avance. En flânant dans le hall, j'ai croisé le chemin de Jean Lassner. Lui aussi avait du temps disponible, mais non pas pour la même raison que moi: lui, c'était parce qu'il avait de réelles difficultés à parcourir de longues distances dans les couloirs de l'aéroport, alors que moi, c'était un état de mélancolie transitoire. Cette rencontre imprévue nous a remplis de joie, et une fois arrivés à sa porte d'embarquement, nous nous

## anesthésie d'hier

sommes assis et avons commencé à bavarder. Je ne me souviens plus de quoi nous avons parlé. Ce n'était pas «une discussion sérieuse», mais plutôt «un entretien court, mais de haut niveau». Ce qui m'importait était une sensation générale de bien-être et non pas les sujets évoqués. Je pense que l'atmosphère chaude et plaisante était due au fait que nous n'étions pas pressés, que nous n'avions pas d'obligations, ne devions pas résoudre des problèmes difficiles, et que nous étions seuls... J'entends encore ses étonnants petits gloussements de satisfaction, entrecoupant le cours de la conversation. Son avion est parti un peu avant le mien. En le voyant passer la porte d'embarquement, je me suis rendu compte que ma mélancolie persistait. En atterrissant à l'aéroport d'Helsinki-Vantaa, je me sentais mieux, bien que le temps fut encore plus détestable qu'à Londres. Depuis cet entretien imprévu nous ne nous sommes pas revus. Si, pour une raison ou une autre, il ne nous était plus donné de nous revoir en ce monde, il n'en reste pas moins que je suis particulièrement heureux que cette rencontre impromptue à l'aéroport nous ait été offerte, après la réunion programmée. Permettez-moi de clore ces souvenirs en adressant mes vœux d'anniversaire les meilleurs et les plus chaleureux, ainsi qu'un triple «longue vie» au grand leader et promoteur de l'anesthésiologie européenne, le Pr Jean Lassner.

*Traduit de l'anglais*

## Souvenirs entremêlés

### **Yvonne Noviant – Mallet**

Professeur, ancien chef du département d'anesthésie-réanimation  
CHU Bicêtre – Le Kremlin-Bicêtre

Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie

Chevalier de la Légion d'honneur – Officier de l'Ordre du Mérite

Chevalier des Palmes académiques

Chevalier du Mérite de l'Ordre souverain de Malte

Se souvenir de sa vie professionnelle si riche en événements ne peut se faire sans nostalgie. Dans cette vie et dans la vie tout court, Jean Lassner a été celui qui montre la route, qui trace le chemin, dans cette profession où il importait, raison gardée, d'associer les avancées techniques et ne pas oublier l'être humain souffrant.

Après la libération de Paris en août 1944, j'ai contracté un engagement militaire et j'ai été incorporée, pendant la campagne d'Alsace et d'Allemagne, dans des ambulances chirurgicales qui se déplaçaient et opéraient à proximité du

## anesthésie d'hier

front. Il s'est trouvé que le lieutenant E. Kern, anesthésiste confirmé et moi, étudiante en médecine, médecin auxiliaire, avons été affectés au même groupe chirurgical mobile: le GCM2. À l'époque où Kern rencontrait Merle d'Aubigné, j'ai rencontré R. Sauvage, mon futur patron dans les hôpitaux de Paris.

On proposait alors au médecin auxiliaire le choix entre trois fonctions d'aide: aide transfuseur, aide anesthésiste ou aide chirurgical. C'est cette dernière que j'ai choisie.

Les difficultés anesthésiques et chirurgicales, lorsqu'il fallait opérer à thorax ouvert, étaient très grandes et éprouvantes. Malgré une anesthésie profonde, les secousses de la respiration paradoxale qui agitaient le poumon et le médiastin interdisaient tout acte chirurgical complexe. Ces difficultés rendaient la spécialité d'anesthésie peu engageante; cependant l'enseignement que Kern en faisait était très apprécié et, dès que nous disposions de temps libre, il nous donnait des leçons sur l'anesthésie moderne. L'approche passionnante qu'il en faisait m'a convaincue et les dés étaient jetés...

En automne 1945, je me suis présentée à l'hôpital Foch, à l'époque hôpital militaire. J'ai été reçue par Jean Lassner qui était l'adjoint du médecin chef. Il fut très courtois, un peu distant, impressionnant... Sur ses conseils, je me suis inscrite en stage d'anesthésie à Foch. J'ai ensuite suivi le service à Cochin. Grâce à ces stages, j'ai acquis une certaine expérience de l'anesthésie pour la chirurgie générale et l'anesthésie orthopédique.

Tout au long de ces années de travail, Jean Lassner, devenu un ami, fut moins distant, plus amical et attentif, compréhensif. Négociateur de talent, il œuvrait déjà pour l'avenir de la profession auprès des instances officielles.

En automne 1950, R. Sauvage me demande de devenir son anesthésiste dans le service de chirurgie thoracique de l'hôpital Beaujon. Dans cette chirurgie d'exception, M. Sauvage avait eu des déboires avec un anesthésiste de la

## souvenirs

vieille école: les patients supportaient difficilement les interventions d'exérèse pulmonaire. Souvent elles se terminaient mal. Après acceptation de ce nouveau poste, mon premier réflexe fut de me précipiter à Londres, au *Brampton Hospital* où existait un service de chirurgie thoracique réputé. Ce premier voyage d'information professionnelle fut suivi de beaucoup d'autres, vers les hôpitaux étrangers intéressant notre profession et les patients qui nous étaient confiés.

Un certain nombre de chirurgiens des hôpitaux avaient, pendant la guerre, pris conscience de l'intérêt de l'anesthésie, telle qu'elle était pratiquée dans les pays d'influence anglo-saxonne. Plus tard, ils ont préféré, pour leurs services, s'assurer le concours de médecins anesthésistes; nous devions innover, et prendre, au plus vite, les décisions pratiques qui s'imposaient.

Au début, en chirurgie thoracique, les moyens d'anesthésie étaient rudimentaires: du pentothal, de la d-tubocurarine, et du matériel d'intubation trachéale de l'armée américaine, pas de possibilité de transfusion per-opératoire, pas d'oxygène au lit des patients.

J'avais la chance, à Beaujon, comme plus tard à Marie-Lannelongue, de faire partie d'une équipe médico-chirurgicale très soudée. Des médecins de plusieurs spécialités étaient impliqués. Chacun participait quels que soient son poste ou sa spécialité. C'était un travail enrichissant mais les difficultés étaient grandes et il a fallu du temps pour les surmonter. En cas d'insuffisance respiratoire post-opératoire, nous étions fort démunis. Sur le plan technique, un pas a été franchi grâce à l'avènement de la curarisation introduite par Kern puis de la ventilation pulmonaire mécanique. Nous n'avons disposé de l'appareil de ventilation artificielle d'Engström qu'en 1956.

Beaucoup de progrès s'imposaient.

Grâce au ciel, nous avons les «vendredis»...

Au milieu de ces difficultés préoccupantes, les «vendredis de Cochin», nous ont considérablement aidés à sortir de

## anesthésie d'hier

notre isolement. Cet enseignement « libre » nous était précieux. C'était une large ouverture vers l'extérieur qui nous était proposée. Les thèmes abordés, les conférenciers venus de toute l'Europe et parfois du Nouveau Monde, les perspectives parfois opposées des orateurs, attiraient les auditeurs. Tous les sujets étaient passionnants et chacun pouvait trouver des réponses à son questionnement.

Ces orateurs étrangers appartenaient à des services d'anesthésie et de réanimation qui disposaient de moyens et de structures enviables. Les anesthésistes français espéraient pouvoir un jour les égaler.

E. Kern et J. Lassner co-présidaient, assis au premier rang de l'amphithéâtre. Les deux co-présidents animaient les discussions de façon différente quand la relation chirurgien-anesthésiste était évoquée. Kern acceptait le rôle qu'imposait la hiérarchie des services de chirurgie : Merle d'Aubigné était son suzerain. En revanche Lassner, de façon évidente, refusait la vassalité et le rapport dominant-dominé. Avec son esprit logique et lucide, il acceptait l'interdépendance. En même temps, il affirmait notre indépendance de médecin. Ces prises de position créaient un climat encourageant pour l'avenir.

C'est souvent grâce aux conseils et aux réflexions faites lors des « vendredis de Cochin », que nous sommes allés, les uns et les autres, visiter et nous instruire dans les meilleurs hôpitaux étrangers. Par la création des départements d'anesthésie, nous avons obtenu des structures mieux adaptées aux besoins médicaux. La situation des anesthésistes des hôpitaux a été améliorée.

Cependant ceci a rendu leur travail plus anonyme.

Jean Lassner considérait le rapport soignant-soigné comme une relation privilégiée qu'il mettait au-dessus des aspects techniques. Il tenait, dans la pratique, cette fonction de façon exemplaire et savait écouter le patient, lui parler, le mettre en confiance et le rassurer.



## souvenirs

Il serait irréaliste de penser que ce rapport de proximité puisse être assuré dans certains services atteints de gigantisme. L'augmentation de la taille des services, le grand nombre de médecins qui y travaillent, la tendance à l'anonymat, nous font perdre également la qualité des relations que partageaient les équipes et font craindre que l'on ne s'éloigne d'une pratique personnalisée.

L'orientation de nos vies professionnelles, après la guerre, était liée au caractère de chacun, autant qu'à la facette de la spécialité qui s'imposait à nous.

Il y a cinquante ans, midi n'était pas à notre porte, les portes étaient lointaines, E. Kern et J. Lassner nous ont aidés à les franchir.



## Un esprit continuellement en éveil !

### **Karl-Heinz Weis**

Professeur émérite, ancien chef de service  
du département d'anesthésiologie  
du centre hospitalier universitaire de Würzburg  
(Allemagne fédérale)

Membre honoraire de l'Académie européenne d'anesthésiologie

Cher M. Lassner, que vous souhaiter encore pour votre quatre-vingt-dixième anniversaire? Vous possédez en effet déjà dans une large mesure une santé stable et un esprit continuellement en éveil! Pour les lecteurs de ce texte, permettez-moi d'évoquer quelques souvenirs personnels de mes débuts et de ma vie professionnelle ultérieure, car j'ai eu la chance de faire votre connaissance dès 1959 à l'hôpital universitaire de Mayence du fait de vos liens avec le Pr Rudolf Frey.

La faculté de médecine de Mayence a été la première en Allemagne fédérale à obtenir la création d'une chaire

## anesthésie d'hier

d'anesthésiologie et à y nommer comme titulaire, en 1959, l'anesthésiste alors le plus réputé de notre pays, le Pr R. Frey de la clinique chirurgicale de l'hôpital universitaire de Heidelberg. Le mérite en revient certes à la faculté, mais aussi en particulier à deux personnalités très écoutées et tournées vers l'avenir, le Pr G. Brandt, chef de la clinique chirurgicale universitaire, et le Pr G. Kuschinsky, directeur de l'Institut de pharmacologie de la faculté. Le fait est d'autant plus remarquable quand on se rappelle qu'en Allemagne à cette époque, la plupart des grands patrons de la chirurgie avaient d'énormes difficultés à admettre l'indépendance de l'anesthésiologie vis-à-vis de la chirurgie, c'est-à-dire celle de médecins beaucoup plus jeunes qu'eux, et cela dans le triple domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche.

J'ai moi-même bénéficié de cette attitude positive de la faculté: occupant un poste d'assistant de chirurgie, dédié exclusivement à l'anesthésie, j'étais autorisé à travailler trois jours par semaine en pharmacologie et à faire des anesthésies les quatre jours restants. C'est ainsi que j'ai vécu l'arrivée du Pr Frey. Je sais, M. Lassner, le grand rôle que vous avez joué dans sa nomination, car vous étiez un conseiller très écouté de notre faculté.

Je ne me souviens plus de façon précise de la date de votre première participation en 1959 à une réunion de service de notre département, qui occupait à l'époque un modeste local appartenant à la clinique chirurgicale. Mais je me rappelle que nous vous attendions avec une grande curiosité car le Pr Frey vous avait annoncé comme étant l'anesthésiste le plus important de France. De plus vous étiez un des premiers invités étrangers à nous rendre visite.

Ma première surprise a été votre parfaite connaissance de la langue allemande, ensuite votre comportement non prétentieux et votre capacité de répliquer sans délai, avec humour et précision. Nous autres jeunes devions constamment nous tenir sur le qui-vive, quand nous posions une question, ou tentions de répondre à une des vôtres: le

## souvenirs

contenu devait être cohérent, sinon nous avions droit à une réplique claire et immédiate, jamais blessante, mais qui avait souvent pour effet de mettre les rieurs de votre côté !

Nous autres débutants dans la spécialité, rassemblés autour de notre patron, le Pr Frey, étions désireux de montrer ce que l'anesthésie était capable d'apporter dans les divers domaines de la chirurgie, et étions fiers de cette première visite faite par un hôte de grande renommée internationale, dont la présence renforçait notre confiance en nous et la certitude d'être sur la bonne voie pour organiser un département central d'anesthésie au centre hospitalier universitaire de Mayence.

Vous nous avez, cher M. Lassner, accompagnés sur ce chemin par vos visites répétées et toujours stimulantes. Il restait cependant une question sur mon avenir d'anesthésiste, l'âge venant, qui me préoccupait beaucoup, et à laquelle même votre présence ne fournissait pas de réponse: je n'arrivais pas à m'imaginer en médecin de soixante ans faisant des anesthésies. Contrairement à aujourd'hui, il n'existait pas à l'époque de modèle de ce type en Allemagne. Vous me précédez certes de quinze ans dans l'échelle de l'âge, mais en 1959-1960, et compte tenu de tous vos mérites, votre position académique et votre rôle de leader dans l'anesthésie européenne, je voyais en vous toute autre chose qu'un « vieil » anesthésiste. En fait, un an plus tard, ma préoccupation d'alors n'avait plus de raison d'être: j'ai en effet rencontré à Londres des « consultants » qui avaient cet âge et occupaient une position très reconnue. La voie que j'avais choisie était donc la bonne.

Inscrit sur la liste d'aptitude au professorat en 1964, j'ai accepté fin 1965 l'offre du Pr W. Wachsmuth de créer un département d'anesthésie dans sa clinique chirurgicale à Würzburg. Alors que je m'y employais, j'ai reçu en 1968 l'offre de devenir titulaire de la chaire d'anesthésiologie de l'université libre de Berlin. À ma demande, cher M. Lassner, vous êtes rapidement venu à Würzburg visiter le jeune département qui se montait. Comme jadis à Mayence, vous

## anesthésie d’hier

avez participé à une réunion de service. En privé, nous nous sommes alors entretenus sur la position isolée et précaire de la ville de Berlin divisée par la « guerre froide ». Vous êtes rapidement tombé d’accord avec moi sur le fait qu’à offre égale d’un département, d’un service de réanimation et de laboratoires indépendants, Würzburg devait être préférée. À cette époque s’établirent entre nous des liens d’amitié solides.

Mes rencontres avec vous sont devenues particulièrement passionnantes en 1977-1978, quand vous avez commencé à construire une structure permettant la rencontre des anesthésistes de l’ensemble des états européens, alors divisés en deux camps par le rideau de fer. Votre objectif était d’améliorer les standards de pratique et de formation en Europe et de permettre aux anesthésistes de se rencontrer dans le cadre de réunions scientifiques. À cette époque, beaucoup vous prenaient pour un rêveur et n’adhéraient pas à votre projet. D’autres par contre s’y ralliaient avec enthousiasme. Les Sociétés nationales, auxquelles vous l’aviez soumis, commencèrent à discuter au sein de leurs conseils d’administration. Il en a ainsi été de notre DGAI (Société allemande d’anesthésie-réanimation). Sur votre invitation elle sont venues à Paris le 12 mars 1977 pour une première réunion préparatoire en vue de la création rapide de l’Académie européenne d’anesthésiologie. La DGAI y envoya comme observateurs, moi en tant que président en exercice de notre Société, et le Pr K. Hutschenreuter en tant que représentant de notre Association professionnelle. Et ainsi nous avons eu droit à une réaction typique de votre part: n’étant venus qu’en observateurs, alors que les délégués des quinze autres Sociétés venaient déjà apporter leur accord pour la fondation de l’Académie, vous nous avez fait asseoir tous deux comme « punition » à une petite table séparée, pendant le discours de madame Simone Veil, alors ministre de la Santé, venue appuyer fortement la création de l’Académie. Je ne sais pas si celle-ci a remarqué et interprété

## souvenirs

correctement le sens de notre position particulière. Quoi qu'il en soit, après son départ nous avons eu le droit de rejoindre les autres à la grande table. Finalement, cher M. Lassner, cet intermède nous a autant amusés que vous. Le 5 septembre 1978, lors de la fondation de l'Académie européenne d'anesthésiologie, à Paris, à l'occasion du congrès européen d'anesthésiologie, nous figurions, bien entendu, parmi les vingt-deux Sociétés nationales fondatrices.

Nous autres anesthésistes allemands, qui avons fondé, en 1953, après une seconde guerre mondiale dévastatrice, une Société scientifique et qui nous rencontrions régulièrement lors des congrès, avons été séparés en deux camps par la construction malheureuse en 1961 d'un mur, qui a rompu les contacts scientifiques puis personnels entre collègues de l'Ouest et de l'Est. Il existait deux Sociétés d'anesthésie allemandes fonctionnant et se réunissant séparément. Il devint pratiquement impossible de se rendre mutuellement visite dans son propre pays.

Dès 1978, votre projet d'Académie européenne d'anesthésiologie étant matérialisé, celle-ci organisa des journées annuelles permettant la rencontre de jeunes anesthésistes des deux États Allemands. Ces jeunes collègues, souvent destinés à avoir ultérieurement des responsabilités importantes, ont de ce fait appris à se connaître et à se comprendre. Ces contacts préparaient la réunification allemande, dont personne à l'époque ne pouvait prédire quoi que ce soit, et qui finit par avoir lieu un jour à la surprise de tous. Comme témoin en première ligne, j'ai vécu avec une grande joie la fusion de nos deux Sociétés, en 1990. Celle-ci eut lieu rapidement, dans un état de consensus qui paraissait devoir aller de soi, en dépit d'une séparation des deux Sociétés de plusieurs décennies.

En 1980, vous avez accepté de devenir membre d'honneur de la DGAI. Ce faisant vous avez grandement honoré notre Société, car vous êtes hautement décoré par l'État Français, Docteur *honoris causa* de plusieurs universités et membre

## anesthésie d’hier

d’honneur d’une bonne douzaine de Sociétés scientifiques nationales.

Cher M. Lassner, arrivé à votre quatre-vingt-dixième anniversaire, vous avez derrière vous une vie riche et une carrière réussie, comme il n’a été donné qu’à peu d’hommes de concevoir et de réaliser. La nature des forces intérieures qui vous animent reste peut-être pour vous-même un mystère. Nous voyons vos actes, nous vous observons et vous écoutons avec attention. Tout ce qui serait à décrire et à nommer reste incomplet, et, lors d’une telle tentative, laisse probablement échapper des marques déterminantes. Et néanmoins, arrivé à la fin de cette lettre, j’aimerais tenter un tel essai.

Ce qui m’a toujours fasciné chez vous, que ce soit lors d’une de vos conférences, ou quand je vous faisais face lors d’un déjeuner à deux dans un restaurant parisien, c’était votre présence intellectuelle, associée à un état de calme qui rassure. Mais ce calme n’empêche pas, le cas échéant, une réaction pleine de tempérament de votre part. Vous écoutez, vous ignorez ce qui ne vous intéresse pas, vous avez conscience de votre apparence modeste et agréable, ainsi que de votre valeur et de vos capacités, vous souriez quand certains réagissent de façon excessive voire dévote aux honneurs qui vous sont faits. Aussi suis-je ravi de l’amitié qui nous lie et espère encore bénéficier longtemps de celle-ci.

Je vous suis reconnaissant du fait qu’en dépit des événements amers et douloureux que vous a infligés le régime de Hitler, vous nous avez soutenus, nous les anesthésistes allemands, pour faire avancer notre spécialité et nous introduire dans la communauté des gens de valeur en Europe.

*Traduit de l’allemand*



## Ainsi va la vie...

### **Louis Lareng**

Professeur, président honoraire de l'université Paul Sabatier-Toulouse,  
président fondateur du SAMU de France,  
président d'honneur de la Société française d'anesthésie, d'analgésie  
et de réanimation, président de l'Institut européen de télémédecine,  
président de la Fédération nationale de protection civile  
Commandeur de la Légion d'Honneur – Officier de l'Ordre  
National du Mérite – Commandeur des Palmes Académiques

C'est pour moi une très grande émotion d'évoquer la vie de mon ami Jean Lassner.

Une équipe constituée par E. Kern, J. Valletta, G. Vourc'h et J. Lassner assurait le comité de rédaction des *Cahiers d'Anesthésiologie*. À travers toutes les vicissitudes, les joies et les soucis que la croissance de l'anesthésiologie générait dans nos cœurs, les écrits des *Cahiers d'Anesthésiologie* s'exprimaient avec un savoir-faire où la compétence constituait un critère de sécurité pour le développement de notre discipline. J'ai personnellement beaucoup apprécié la discrétion avec

## anesthésie d’hier

laquelle cette publication, grande tout en étant simple, évoluait dans un créneau complémentaire du champ d’action de la revue *Anesthésie, Analgésie et Réanimation* dont j’ai été durant longtemps, en tant que président de la Société française d’anesthésie d’analgésie et de réanimation, rédacteur en chef. Il n’y a jamais eu entre les deux revues ni de divergence de vue dans les stratégies, ni de querelle sémantique, ni de problème d’école. Dans les grands débats sur l’hibernation en particulier, les *Cahiers d’Anesthésiologie* ont su « raison garder » tout en maintenant la barre dans un objectif de progrès résultant d’une amélioration des techniques, et de la pharmacologie des produits.

L’indépendance des anesthésistes, seuls médecins considérés à l’époque – hélas légalement et déontologiquement – comme assistants des chirurgiens, était fermement soutenue, avec diplomatie et détermination, par les *Cahiers d’Anesthésiologie*. Faisant partie de cette équipe, j’étais moi-même engagé dans tous ces combats pour l’indépendance, certes avec tous les autres organismes d’anesthésiologie (sociétés, revues, syndicats), évitant toute agression inutile souvent difficilement évitable envers nos confrères chirurgiens. Le jour où ce statut d’assistant a été supprimé, comme tous, j’étais très satisfait.

C’est à Cochin dans les séances hebdomadaires d’études d’anesthésie que régulièrement j’ai préparé avec assiduité mes leçons en vue de mon concours d’agrégation.

À la rédaction des *Cahiers*, Jean Lassner m’avait sollicité pour participer au comité de lecture des différentes communications portant sur l’urgence.

Bon anniversaire mon cher Jean ! Nous nous retrouvons trop peu souvent. À chaque fois que nous avons la chance de nous revoir, nous vivons des moments de joie. Nous défendons les mêmes valeurs humaines qui, à travers les temps, contribuent à maintenir les qualités humanistes de la médecine française et européenne. J’ai souvent partagé avec toute ta charmante famille des repas familiaux. Les quelques

## souvenirs

invitations qu'il m'a été possible d'honorer en Dordogne révèlent que tu vis dans le souci de toujours cultiver ton esprit avec pertinence.

Mon cher Jean, ainsi va la vie. Elle se déroule dans le temps et personne n'échappe au temps qui passe, quels que soient le moment et l'espace de sa vie. Ta conduite n'a pas varié: à une époque où l'unité de temps se substitue en partie à celle de l'espace, elle reste un repère de droiture et d'honnêteté dans une science médicale appliquée humainement.



De gauche à droite : Guy Vourc'h, Louis Lareng, Jean Lassner



## Le de Gaulle de l'anesthésie française!

### **Michael Rosen**

Professeur, CBE, LLD, FRCA, FRCOG, FRCS (Grande-Bretagne)

Président du Royal College of Anaesthetists (1980-91)

Membre d'honneur de la Société française d'anesthésie  
et de réanimation

Membre fondateur de l'Académie européenne d'anesthésiologie

J'ai fait la connaissance de Jean Lassner en 1970, du fait de son enthousiasme et de sa volonté d'améliorer l'anesthésie et l'analgésie obstétricales en France. En effet, à cette époque avait lieu à Cardiff le premier cours d'anesthésie et d'analgésie obstétricales, destiné aux anesthésistes et aux obstétriciens. Comme Jean Lassner était fortement intéressé par la formation dans ce domaine, il y prit une part active. Immédiatement je fus fortement impressionné par la clarté de ses vues, sa maîtrise du sujet et son anglais impeccable. Peu de temps après, j'ai été élu au conseil de l'Association des anesthésistes. Je militais alors fortement pour la création d'un

## anesthésie d'hier

Collège Royal des anesthésistes. Car à cette époque, nous étions en effet affiliés au Collège Royal des chirurgiens de Grande-Bretagne.

En 1975, il m'invita à Paris, pour donner, à l'hôpital de Port-Royal, une conférence sur l'anesthésie obstétricale. Il me présenta à Claude Sureau, qui devint un ami et un allié dans la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens (FIGO), une structure rassemblant des obstétriciens de tous les pays, et qui, avec l'appui de Jean Lassner, contribua à développer les liens entre obstétriciens et anesthésistes. Lors de cette visite, alors que nous roulions sur la rive droite de la Seine, nous avons discuté des avantages des Collèges Royaux, en tant que structures indépendantes du gouvernement et faisant office d'arbitre dans l'exercice de la profession. Je lui ai demandé si une telle institution pouvait être bénéfique en France et en Europe. Immédiatement il en comprit les implications, prit de la hauteur, élargit l'idée et en discuta avec d'autres, grâce à ses extraordinaires connaissances linguistiques. Nous fûmes ultérieurement rejoints par Michael Vickers, puis John Zorab. Nos idées prirent forme et furent rendues publiques à l'occasion du congrès mondial de Mexico, en 1976. Nous envisageâmes différentes dénominations et structures, pour retenir finalement celle d'Académie, qui eut un grand écho dans toute l'Europe. Nous avons mis au point les statuts et le règlement intérieur, et, en avril 1978, l'Académie européenne d'anesthésiologie fut fondée à Paris, en présence de madame Simone Veil, alors ministre de la Santé.

L'Académie réussit l'énorme prouesse de rassembler dans une structure internationale tant d'anesthésistes aux talents et pratiques si divers. C'était là la réussite triomphale de Jean Lassner, diplomate de rang international et extraordinaire académicien ! L'Académie actuelle a pratiquement gardé la même forme que celle planifiée en 1976-1978. Son développement, pendant ses vingt-cinq premières années d'existence, en une formidable institution académique

## souvenirs

constitue en premier lieu une prouesse de son président fondateur, devenu ensuite président à vie. Il a incité chacun à donner son maximum. Il a animé chaque réunion en faisant part de son expérience. Lors des événements sociaux, il ne manquait pas de faire une intervention intéressante, pleine d'un humour incisif, voire lapidaire, en ne ratant personne. Il nous a tous soutenus, en particulier Michael Vickers, en tant que rédacteur en chef du journal européen d'anesthésiologie, *European Journal of Anaesthesiology*, et moi-même comme trésorier, dès lors que nous accomplissions notre tâche ! Nous avons été confrontés à des difficultés. Telle a été, pour l'Académie, la fondation de la Société européenne d'anesthésiologie, qui s'explique plus ou moins par le mécontentement soulevé par le caractère élitiste de l'Académie. Après quelques périodes de turbulence, nous sommes sortis du tunnel. Les deux structures, ainsi que la section européenne de la WFSA-CENSA, fonctionnent harmonieusement ensemble, pour le plus grand bénéfice des anesthésistes européens, et cela grâce à Jean Lassner.

Au cours de ma carrière, il m'a été donné d'assister à l'épanouissement de l'anesthésie-réanimation française, venue rejoindre les pays *leaders* dans notre spécialité. Jean Lassner, véritable « de Gaulle de l'anesthésiologie française » a été, avec Guy Vourc'h, à l'origine de cette ascension, en obtenant en particulier les indispensables soutiens gouvernementaux. Sur le plan mondial, il a joué un rôle crucial pour empêcher la main mise de certains sur les congrès mondiaux et mettre sur pied les programmes de formation pour les pays en voie de développement. En son nom, je plaide ici auprès de tous les anesthésistes de bonne volonté, pour obtenir leur indispensable soutien pour poursuivre et développer ces programmes.

Personne n'agit de manière isolée. Sans le soutien de sa famille, Jean Lassner n'aurait probablement pas eu la possibilité de faire avancer les choses autant qu'il l'a fait. Je pense en particulier à l'hospitalité légendaire des Lassner. Je

## anesthésie d’hier

me souviens de nombreux dîners de la rue Méchain, lors desquels il a réussi à obtenir un changement de cap, dans son sens bien entendu, de gens qui jusque-là avaient un avis différent du sien. Sa femme Colette a joué un rôle déterminant dans ses efforts pour l’œuvre de sa vie. Sa fille Claudine est toujours montée en première ligne, pour l’aider à atteindre le but qu’il s’était fixé. Nous autres, aussi bien de l’Académie, que de la WFSA, ou de la SFAR, leur devons beaucoup.

Jean Lassner est doté d’une énergie énorme. En 2000 encore, sachant que j’étais à Paris pour préparer le congrès mondial de 2004, il a fait le voyage Sarlat-Paris pour me dire bonjour! Et comme toujours ce fut pour moi la joie de revoir un ami de longue date et de bénéficier de ses vues! Quand va-t-il se manifester à nouveau? Après tout, il ne va que sur ses quatre-vingt-dix ans! Moi et tous les anesthésistes de Grande-Bretagne le saluons ici avec grand plaisir.

Bon anniversaire, Jean, et qu’il y en ait encore beaucoup d’autres!

*Traduit de l’anglais*



# Une histoire vraie... Ou de la vraie histoire

**Yvette Bossé-Jaureguiberry**

Chevalier de la Légion d'Honneur  
Combattant Volontaire de la Résistance  
Saint-Pierre-et-Miquelon – France

Originnaire de Saint-Pierre-et-Miquelon, je me suis engagée dans les Forces navales françaises libres en juin 1942. Affectée à l'hôpital de Saint-Pierre en juillet, je fus sélectionnée par les médecins FNFL, le docteur Henri Debidour, médecin chef chirurgien, et le docteur Jean Lassner. Lors d'un entretien dans le bureau du médecin chef, je surpris dans le regard du Dr Lassner l'approbation de mon affectation au titre d'aide en salle d'opérations.

Ce regard a changé ma vie !

Ces médecins m'impressionnèrent tant par leur prestance que par le sentiment de confiance qu'ils inspiraient. À

## anesthésie d’hier

l’arrivée du Dr Lassner, les services de l’hôpital de Saint-Pierre étaient entièrement à organiser ou à réorganiser, en commençant par l’hygiène.

Il commença par :

- l’isolement des tuberculeux dans une aile de l’hôpital ;
- la mise en place de soins par pneumothorax ;
- l’hospitalisation et la prise en charge totale du malade.

Le résultat fut probant, et de nombreux jeunes, après plusieurs mois de suivi, purent reprendre une vie normale.

L’amélioration du laboratoire d’analyses ne tarda pas à porter ses fruits. Des examens plus complets et plus fiables permirent d’appliquer des traitements adaptés. Dès 1943 on pouvait identifier le groupe sanguin des patients, très utile lors de transfusion sanguine... Le Dr Lassner forma un laborantin, A. Cordon, infirmier doué qui ne tarda pas à être en mesure de pratiquer les examens courants. Je me souviens aussi des tests de grossesse pratiqués sur des lapines. À cette époque, cela étonnait !

Au service des urgences il y avait en priorité les soins aux brûlés et aux blessés qui étaient amenés par les corvettes FNFL et les vedettes rapides qui patrouillaient sur l’Atlantique Nord.

Le Dr Lassner prit en charge le service d’anesthésie balbutiant. Jusqu’au début 1943 il n’existait que le masque d’Ombrédanne pour les anesthésies générales et la rachianesthésie pour certaines interventions abdominales comme les césariennes.

À la demande expresse du Dr Lassner, un infirmier qualifié, A. Olano, fut envoyé au Canada pour se familiariser avec un nouvel appareil performant, débitant l’oxygène et le protoxyde d’azote et permettant l’assistance respiratoire. Le confort des opérés en fut singulièrement amélioré.

L’entente totale du chirurgien et de l’anesthésiste facilitait la tâche de tout le personnel. Les décisions importantes étaient prises par les deux médecins après étude de tous les

## souvenirs

paramètres qui pouvaient sauver le malade. L'autorité naturelle du Dr Lassner et sa compétence en la matière étaient d'autant plus remarquables qu'il n'avait alors que vingt-neuf ans.

Sur l'île de Miquelon, un médecin contractuel, le Dr F. Funan, était chargé de veiller sur la santé des six cents habitants. La population totale des îles était d'environ quatre mille cinq cents personnes. À ceux-ci s'ajoutait le personnel militaire qui était au nombre de deux cents ainsi que les équipages des trois vedettes rapides basées à Saint-Pierre.

Depuis soixante ans, j'ai toujours été en relation avec les familles Debidour et Lassner. J'ai pour elles une réelle admiration et une profonde affection.

Aujourd'hui je garde le souvenir d'avoir œuvré au sein d'un groupe soudé où chacun avait sa place. Le climat de respect et de confiance qui régnait dans cette équipe médicale a ouvert une voie pleine d'espoir à la jeune fille que j'étais alors et marqué à jamais la femme que j'allais devenir.

C'est pour tout cela que je remercie et salue aujourd'hui, le médecin, l'homme et l'ami que représente pour moi le professeur Jean Lassner.

anesthésie d’hier



## souvenirs

### **De gauche à droite premier rang**

Noël Yon (aide soignant), Jean Danchise (infirmier chef), Dr Jean Lassner, Dr Lise Eliachef (service de pédiatrie), Dr Henri Debidour (chirurgien, directeur du Service de santé), Sœur Odile (sage-femme), Eugène Siosse (chauffeur ambulancier) ;

### **Deuxième rang :**

Martin Hiriigojen (comptable), Amand Cordon (laborantin), Augusta Quann (blanchisseuse), Sœur Alain (infirmière), Edmée Debidour (assistante), Miss Mc Intyre (infirmière) ;

### **Troisième rang**

Auguste Olano (infirmier anesthésiste), Germaine Olaisola (secrétaire), Madeleine Pochic (blanchisseuse), Céleste Quann (blanchisseuse), Thérèse Lebars (aide cuisine), Joseph Chartier (aide soignant) ;

### **Quatrième rang**

Angèle Boudreau (infirmière), Yvonne Walsh (aide cuisinier), Simone Bouvier (infirmière), Adèle Gens (aide soignante), Gisèle Servain (infirmière), Constance Farvacques (aide soignante), Thérèse Derouet (aide soignante), M. Etcheverria (aide ménagère) ;

### **Cinquième rang :**

M<sup>me</sup> Corrouse (lingère), Yvette Jaureguiberry (infirmière), Paule Garzoni (aide soignante), M<sup>me</sup> Letiec (cuisinière), Louise Corrouse (lingère), Gaby Ruault-Cazier (aide soignante), Denise Haran (aide soignante), Mimi Riggs (aide soignante), Louis Hue (infirmier).



## Toujours d'accord, jamais du même avis

### **John Zorab**

Fellow of the Royal College of Anaesthetists  
Membre fondateur de l'Académie européenne d'anesthésiologie  
Président du comité des examens du diplôme européen  
d'anesthésiologie  
Ancien président de la Fédération mondiale  
des Sociétés d'anesthésie

J'ai rencontré Jean Lassner pour la première fois à l'occasion du 4<sup>e</sup> congrès européen d'anesthésiologie à Madrid, en 1974. Il était alors membre du comité exécutif de la WFSA (Fédération mondiale des Sociétés d'anesthésiologie). Lors de la constitution du nouveau comité de sa section européenne, à Madrid, il fut élu secrétaire général et moi vice-président. Ainsi commença une longue amitié pour laquelle je lui suis profondément reconnaissant.

Sans m'en rendre compte sur le moment, Jean a été à l'origine d'un profond changement dans ma vie professionnelle,

## anesthésie d’hier

lorsqu’en 1978, lors du congrès européen d’anesthésiologie à Paris, il démissionna du comité exécutif de la WFSA, créant ainsi une vacance imprévue. J’ai eu la chance d’être à la bonne place au bon moment, et fus nommé dans le poste vacant. Ainsi débuta ma longue existence avec la WFSA.

Mais il y eut un autre événement qui scella notre amitié. Deux ans auparavant, au congrès mondial de Mexico, il m’avait parlé de son projet d’Académie européenne d’anesthésiologie. Et c’est ainsi qu’en 1978 je devins un des membres fondateurs de l’Académie. Lui et moi n’étions pas d’accord sur tout. Mais quand j’ai proposé la création d’un diplôme européen d’anesthésiologie (DEA), il me donna son soutien entier et indéfectible, sans lequel le diplôme aurait échoué.

J’ai eu le privilège de faire la connaissance de madame Lassner, la chère Colette, et de leur fille Claudine. J’ai été invité à leurs domiciles de Paris et de Dordogne. De même, à l’occasion d’une réunion de l’Académie à Cardiff, il a participé à une réception chez moi, à Bristol. Notre salon était rempli de monde. De cet événement, je garde une photo particulièrement précieuse. Elle représente Jean, qui déteste manger debout, prenant son repas sur le clavier de mon piano à queue!

À de nombreuses occasions j’ai pu apprécier l’humour malicieux de Jean. Je me souviens d’une réunion de la Société portugaise d’anesthésiologie. Je devais y prononcer quelques mots en français, comme le précisait l’invitation. Malheureusement je ne maîtrise pas cette langue, au grand dam de Jean. Aussi ai-je demandé à un ami de traduire ma petite intervention en français pour la lire le moment venu. Une fois au micro, je vis avec terreur Jean assis au premier rang. J’ai commencé à prononcer les premiers mots dans ce que je pensais être un français acceptable. Aussitôt il jaillit de son siège et dit à voix haute : « John, auriez-vous l’obligeance de recommencer, mais en anglais cette fois, afin que tout le monde puisse vous comprendre! » Sur le moment je l’aurais



## souvenirs

étranglé, mais l'auditoire était effondré de rire... et notre amitié continua. Mais depuis, je n'ai plus jamais essayé de parler français.

La contribution de Jean Lassner à l'anesthésiologie européenne est légendaire. Il n'a pas toujours fait plaisir à tout le monde, mais nombreux sont ceux qui souhaitent le congratuler pour son quatre-vingt-dixième anniversaire. J'ai



**Septembre 1987**

M<sup>me</sup> Simone Veil et Jean Lassner

Ouverture du congrès européen d'anesthésie

anesthésie d'hier

eu la chance de bénéficier de son amitié depuis de nombreuses années et j'espère que cela continuera, longtemps encore.

## D'une thèse à un heureux parrainage

### **Jean-Pierre Moulinié**

Médecin anesthésiste-réanimateur – Institut mutualiste, Paris  
Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie

Comme beaucoup des nombreux élèves et amis de M. le professeur Jean Lassner, il m'a été demandé de relater et d'évoquer, pour ses quatre-vingt-dix ans, mes souvenirs ou les anecdotes que j'avais pu vivre, à l'occasion tout d'abord des divers contacts, relations de maître à élève, puis professionnels et amicaux qui s'étaient ébauchés avec lui au fil des années.

Je dois dire tout d'abord que je n'aurais jamais eu l'honneur et le plaisir de rencontrer ce grand patron de l'anesthésie de Cochin, si je n'avais pas été l'élève de mon cher maître, madame le Pr Louise Delègue, auprès de laquelle j'eus la très grande chance d'apprendre mon métier à l'hôpital des Enfants-Malades au début des années 1970.

Les relations entre les deux départements de ces hôpitaux étaient alors en effet très étroites; les staffs, les réunions

## anesthésie d’hier

scientifiques des sociétés savantes, les présentations de dossiers, étaient fréquents et le charisme de M. Lassner, sa vaste culture médicale, ses grandes facultés d’écoute, son esprit d’analyse, sa mémoire, son passé d’évadé de la France occupée puis de combattant dans les Forces navales françaises libres, le fait qu’il ait été à un moment de sa vie, ce qui était de notoriété publique, l’anesthésiste du général de Gaulle, nous impressionnaient beaucoup, surtout les étudiants que nous étions alors et moi tout particulièrement.

Je garderai toujours présente à ma mémoire une journée à Cochin où le Pr Daniel C. Moore de Seattle, à l’époque véritable «pape» de l’anesthésie loco-régionale, avait été invité et au cours de laquelle M. Lassner, passant sans difficulté de l’anglais au français, avait été une fois de plus ce jour là, un hôte brillant, facétieux, généreux et plein d’humour.

Entre temps M. Lassner avait été le président du jury du CES national d’anesthésie – réanimation que je présentais et que je réussissais en 1973.

Les années passèrent, je conservais des vacances dans le service de madame Delègue puis de madame Barrier aux Enfants-Malades, mais mon activité de médecin anesthésiste était alors presque toute entière consacrée au Centre médico-chirurgical de la Porte de Choisy, où j’étais essentiellement en charge de la réanimation chirurgicale et de l’anesthésie dans le service d’Orthopédie du Pr Émile Letournel, grande figure contemporaine de la spécialité, internationalement reconnu et originaire d’un tout petit territoire français en Amérique du nord, un archipel, dont il était particulièrement fier: j’ai nommé Saint-Pierre-et-Miquelon.

Il se trouve que ce vaillant petit pays, modeste par sa superficie et son nombre d’habitants, était animé d’un grand patriotisme et se ralliait dès décembre 1941 à la France libre par l’intermédiaire de la corvette *Aconit*, commandée par le lieutenant de vaisseau Levasseur et secondée par l’enseigne de vaisseau Alain Savary, tous trois faits par la suite Compagnons

## souvenirs

de la Libération ; cette mission confiée par l'amiral Muselier fit du jeune officier de marine Alain Savary le gouverneur puis ultérieurement le député de ces territoires.

Le Pr Lassner, membre des Forces navales françaises libres, allait y être détaché en tant que médecin et biologiste dès 1942. Son intérêt pour l'anesthésie et les techniques anglo-saxonnes, la proximité de ces îles lointaines avec le Canada et la base navale américaine d'Argentia à Terre-Neuve, la toute première utilisation du thiopental sur un territoire français, la réalisation de plus de 300 interventions chirurgicales majeures, feront de lui un des grands précurseurs de l'anesthésie en France et le deuxième médecin des Forces françaises libres à se préoccuper de cette grande spécialité naissante et promise à l'avenir que l'on connaît aujourd'hui.

L'attache affective particulière de M. Lassner à ces îles lointaines, la nécessité d'une intervention chirurgicale imminente, la connaissance et le choix d'un grand chirurgien, de surcroît « enfant du pays », me remettaient tout simplement, après quelques années, en contact étroit avec lui. L'élève et l'anesthésiste que j'étais allait donc prendre en charge le maître, vous imaginez aisément mon angoisse !

L'anesthésie, l'intervention et les suites se déroulèrent très simplement et au cours des différentes visites et des entretiens que nous eûmes dans les suites, nos conversations s'orientèrent tout naturellement vers l'histoire de la France libre et la deuxième guerre mondiale. Je connaissais en effet le passé du Pr Lassner, engagé en 1939 dans l'armée française, démobilisé en septembre 1940 puis résistant des premières heures et évadé de France en juin 1941.

Par ailleurs j'étais moi-même très sensibilisé par cette époque. Né à Paris en 1942, une des années les plus sombres de l'occupation allemande, le sujet que j'avais choisi pour ma thèse de doctorat en médecine, « *Quelques exemples de médecins français, héros de la guerre et de la Résistance, 1939-1945* », nous avait sans doute rapprochés !

## anesthésie d’hier

Dès que sa convalescence fut achevée, M. Lassner me parrainait pour intégrer l’Association des Français libres et en particulier l’Amicale des médecins de la France libre dont il est un des membres, actif et fidèle. Enfin sous son impulsion et celle conjuguée du Pr Geneviève Barrier, j’étais élu en 1993 membre de l’Académie européenne d’anesthésiologie dont le Pr Jean Lassner fut aussi un des principaux membres fondateurs; cette marque de reconnaissance et ce grand honneur renforcent aujourd’hui encore un peu plus les égards, l’admiration et la reconnaissance de l’élève pour le maître et en particulier à travers lui, pour cette grande spécialité que nous avons la chance d’exercer.

## La communauté flamande et francophone : une histoire belge

**G. Rolly**

Professeur émérite – Université de Gand, Belgique

Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie

Au moment de commencer ma spécialisation en anesthésie-réanimation, les techniques étaient très simples; peu de produits anesthésiques étaient disponibles et la surveillance du patient anesthésié était fondamentalement clinique. Ceci a été bien illustré par une photo, dans le célèbre livre *Pediatric Anesthesia* de R. Smith, montrant: *The stethoscope, the anesthesiologist's best friend*, c'est-à-dire un anesthésiste écoutant, en cours d'anesthésie, la ventilation pulmonaire et les bruits cardiaques à l'aide d'un stéthoscope, fixé en permanence sur la paroi thoracique. Chez beaucoup de patients, la ventilation était assurée par les compressions manuelles du ballon de l'appareil d'anesthésie, à la manière d'un cordon ombilical reliant continuellement l'anesthésiste

## anesthésie d'hier

au patient. Toutefois on disposait déjà de respirateurs, soit rudimentaires, soit plus élaborés comme le respirateur d'Engström.

Dans la pratique britannique, le maintien de la ventilation spontanée avait la préférence, comme en témoignent pas mal de rapports sur l'accumulation alarmante de CO<sub>2</sub> et la survenue d'arythmies cardiaques. Dans la pratique continentale européenne par contre, la ventilation était contrôlée le plus souvent, peut-être sous l'influence scandinave. La littérature et surtout des travaux de Bendixen avaient déjà fait mention de survenue d'atélectasies en cours d'anesthésies en ventilation spontanée, mais curieusement aussi avec la ventilation artificielle à l'aide de respirateurs assurant une ventilation trop monotone, d'où l'idée des hyperinsufflations périodiques (appelées *the Boston squeeze*). L'intérêt que je portais à la fonction respiratoire m'avait amené à étudier le gradient alvéolo-artériel d'oxygène (A-a D<sub>O<sub>2</sub></sub>), en pratique clinique, lors d'anesthésies avec le respirateur d'Engström, et au laboratoire de physiologie, chez le chien, comme sujet de thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur en anesthésiologie.

En 1969 était créé en Belgique le premier département autonome d'anesthésiologie (avec un budget propre, un secrétariat indépendant et une bibliothèque d'anesthésie), à l'hôpital académique de l'université de Gand, où j'ai été nommé professeur, chargé de cours. Jusqu'alors, l'anesthésie faisait partie du service de chirurgie. Les charges d'un département universitaire sont triples: enseignement, recherche et services. Voici quelques considérations sur l'évolution de la spécialité, telle que je l'ai vécue au cours de cette carrière académique, moi-même faisant partie de la «seconde génération» d'anesthésistes belges.

### **Fonctions d'enseignement**

Dès le départ, l'enseignement comportait des cours réguliers avec examen, aboutissant au «Certificat d'études



## souvenirs

spéciales en anesthésiologie», délivré par la faculté de médecine de Gand, après deux ans, en supplément d'un stage clinique. Un cours à option, intitulé «Éléments d'anesthésiologie», destiné aux étudiants de cinquième et sixième années de médecine était aussi créé. Il permettait aux futurs médecins d'avoir une notion de l'anesthésiologie moderne et souhaitait aussi attirer d'éventuels candidats pour la spécialisation. Quelques années plus tard a été créé un cours obligatoire de «premiers secours» (dix heures), avec pratique sur mannequin (quinze heures), et examen obligatoire pour les étudiants en troisième candidature de médecine (plus tard déjà en deuxième candidature), suivi par un même cours pour les jeunes dentistes et les étudiants en médecine physique. À mon grand étonnement ces cours rapportaient finalement au département plus de points académiques que l'enseignement d'anesthésiologie proprement dit, vu le grand nombre d'étudiants.

Il fallait aussi s'occuper de la formation post-académique des anesthésistes praticiens. Des soirées d'anesthésie et des symposiums du samedi (souvent en langue anglaise, avec des orateurs venant de l'étranger), organisés dans ce but, attiraient beaucoup de praticiens, comme à Paris les célèbres JÉPU, auxquelles j'assistais régulièrement.

La pratique de l'anesthésie devenant graduellement de plus en plus compliquée, notamment avec la prolifération des drogues et des techniques, l'idée d'un renouvellement régulier des connaissances acquises au cours de la formation initiale a vu le jour. En 1986, après des contacts avec le cours Boerhaave à Leiden (Hollande), était créée la Fondation européenne d'enseignement en anesthésiologie (FEEA), par les Prs J. Spierdijk (Leiden), qui en était le premier président, Ph. Scherpereel (Lille), G. Rolly (Gand), G. Hanegreefs (Anvers) et M. Lamy (Liège). Le bureau central avait préalablement établi un programme de thèmes de cours de recyclage, chacun d'une durée de deux jours et demi, d'abord étendu sur cinq, puis sur six ans. Chaque cours se termine par

## anesthésie d'hier

une évaluation anonyme des connaissances. Un véritable réseau européen de centres régionaux d'enseignement était créé. Ce réseau est très développé actuellement et sous l'influence de son président actuel, le Pr Scherpereel, des centres ont même été établis en Amérique du Sud!

Après une promotion comme professeur ordinaire, une chaire d'anesthésiologie était créée à l'université de Gand en 1981. Progressivement le corps académique d'anesthésie pouvait ainsi augmenter en nombre. Après la réforme de l'enseignement en deux régions autonomes (flamande et wallonne) et un décret ministériel, le certificat d'études spéciales était reformulé en « formation post-académique en anesthésiologie ». Les contacts intenses entre les sept universités belges, mais surtout entre les quatre universités flamandes, ont donné jour à l'actuel cours inter-universitaire pour les médecins en formation. Un cours de deux ans avec chaque année six samedis de sept heures de cours d'anesthésiologie, donné chaque fois dans une université différente, avec examen obligatoire, par questions à choix multiples et possibilité de réexamen oral, était commencé en 1988. Dans les différents centres de formation et particulièrement aux universités, des cours complémentaires sont donnés chaque semaine, en dehors des réunions de service obligatoires.

### **Fonctions de recherche**

La plupart des nouvelles drogues, tant intraveineuses qu'inhalatoires ont donné lieu à des études cliniques. Plusieurs d'entre elles font d'ailleurs déjà partie de l'histoire (propanidide, gamma OH, méthoxyflurane). Vu notre contact privilégié avec la firme belge Janssen Pharmaceutica, il était très tôt possible de tester les dérivés du fentanyl. En 1976, grâce à la collaboration avec le Dr B. Kay de Manchester (Royaume-Uni), qui faisait une année sabbatique à Gand, il nous a été donné d'utiliser pour la première fois en clinique le nouvel anesthésique intraveineux, encore sous

## souvenirs

nom de code, et appelé ensuite propofol. Comme le service ne disposait pas d'un laboratoire de recherche attitré, il a fallu nous tourner vers des analyses techniques réalisées dans le service même. Ainsi, un banc d'analyse pneumotachographique permettait d'étudier à fond la plupart des nouveaux respirateurs. Un spectromètre de masse donnait la possibilité de suivre en continu et simultanément l'ensemble des gaz respiratoires et anesthésiques, mettant en évidence directe les éléments de physiologie respiratoire et la captation et distribution des anesthésiques inhalatoires. Le prototype de l'appareil d'anesthésie PhysioFlex™ était ainsi analysé et permettait d'avoir des données directes lors des anesthésies en circuit entièrement fermé, aussi appelées anesthésie quantitative contrôlée par ordinateur. Cet appareil a fortement contribué à la diffusion de cette technique, qui était auparavant très artisanale et qui répondait aux exigences de réduire considérablement la pollution de l'environnement. L'intérêt scientifique d'un jeune membre du staff, le Dr M. Struys, permettait aussi de développer une technique d'anesthésie intraveineuse à objectif de concentration contrôlée par ordinateur, et qui est accessible sur Internet comme *RUG loop*. Vers la fin de ma carrière académique, un poumon «vivant», avec production de CO<sub>2</sub> et consommation d'O<sub>2</sub>, a été développé pour l'analyse dans des conditions standard d'une éventuelle production de composé A avec le sévoflurane, en fonction du type de chaux sodée.

### **Fonctions de soin**

L'importance pour un service académique est d'être toujours à l'avant pour les nouvelles nécessités cliniques, qui changent constamment. Il y a trente-cinq ans déjà, il a fallu adapter les techniques pour permettre les transplantations rénales et éviter des «recurarisations». Venaient ensuite les exigences pour la transplantation pulmonaire, dont nous avons obtenu la première survie humaine de neuf mois. Plus tard venaient les exigences pour les examens et la chirurgie

## anesthésie d'hier

laryngée avec laser, nécessitant le développement de la ventilation à haute fréquence. La chirurgie majeure, souvent chez des sujets âgés, et le nombre des interventions ne faisaient qu'augmenter et demandaient de plus en plus de membres de staff dans notre hôpital académique dépassant très vite les mille lits. Garder un nombre suffisant d'anesthésistes de qualité était toujours très difficile, vu l'attraction financière de la pratique libérale. Un nouveau statut de l'hôpital, maintenant appelé hôpital universitaire au lieu d'académique, permet de nommer plus facilement des nouveaux membres de staff. Pendant les dix dernières années, j'ai aussi dû assumer des fonctions de coordinateur médical des salles d'opération, avec pour mission d'en augmenter le rendement, ce qui occasionnait pas mal de frictions avec les chirurgiens, malgré la diplomatie utilisée.

### **Communauté anesthésiologique belge**

La Belgique étant un pays bilingue (français, flamand) et même trilingue (petite partie allemande), les réunions nationales de la société scientifique belge se faisaient au début dans les deux langues. Puis, sous l'influence de plusieurs titulaires d'anesthésie, la langue anglaise a été adoptée, surtout pour des congrès nationaux avec participation d'orateurs étrangers. Les *Acta Anaesthesiologica Belgica* ont aussi paru depuis 1973 en langue anglaise.

En face de la complexité grandissante de la spécialité, il fallait progressivement augmenter la durée de formation de trois ans (1964), à quatre (1979), puis cinq ans (1987). Ces changements étaient toujours réalisés avec l'accord commun des titulaires d'anesthésie et de la société professionnelle. Les stages sont évalués par une commission ministérielle d'agrégation en anesthésiologie, dont j'ai l'honneur d'être toujours le président. Depuis 1999, par arrêté ministériel, il faut une attestation d'acceptation par une université pour commencer la spécialité et une attestation d'une formation universitaire spécifique suivie avec fruit. En plus, une

## souvenirs

évaluation finale de la formation, avec un examen à portée clinique, est faite (trois questions tirées au sort, du type des questions du diplôme de l'Académie européenne d'anesthésiologie). Les candidats sont jugés par trois groupes de deux examinateurs (un universitaire et un non-universitaire).

Simultanément à la complexité grandissante de l'anesthésie, le monitoring s'est développé. On ne peut jamais sous-estimer l'influence bénéfique qu'ont eu l'oxymétrie de pouls continue et la capnographie dans la réduction de la mortalité et morbidité anesthésiques. En 1989, après de longues discussions, des normes de sécurité *Belgian Standards for Patient Safety in Anaesthesia* ont pu être établies par un groupe dont j'étais un membre actif.

En plus de l'ensemble du monitoring nécessaire, il est stipulé la présence continue indispensable du médecin anesthésiste auprès de son malade, les infirmières d'anesthésie n'existant pas en Belgique. Très vite, les hôpitaux ou les anesthésistes eux-mêmes ont acheté le monitoring nécessaire, peut-être en partie pour éviter des poursuites médico-légales.

À mon grand regret, l'activité d'un anesthésiste limitée à une seule table à la fois n'est pas toujours suivie partout. Une salle de réveil bien équipée et avec du personnel approprié devint désormais aussi une nécessité.

La formation initiale et les connaissances scientifiques différaient grandement à travers l'Europe. Après de longues discussions entre des membres de sociétés nationales, l'Académie européenne d'anesthésiologie était fondée en 1978, grâce à la force propulsive du Pr J. Lassner, qui en était le premier président. Maintenant était née la première organisation européenne qui allait stimuler l'anesthésiologie. J'ai eu l'honneur d'organiser la 10<sup>e</sup> réunion annuelle à Gand et d'avoir pu servir comme sénateur pendant huit années. Très vite, les examens du diplôme européen d'anesthésie et de soins intensifs commençaient et en 1983 l'*European Journal of Anaesthesiology* était né. Plusieurs éléments ont néanmoins fait

## anesthésie d'hier

que quinze ans plus tard la Société européenne d'anesthésie (ESA), plutôt orientée vers l'organisation de grands congrès, a vu le jour, créant pas mal de tensions dans le monde anesthésiologique. Heureusement pour l'unité de notre spécialité, un rapprochement s'est fait par la création d'un organisme européen unique et l'acceptation de *European Journal of Anaesthesiology* comme unique journal des deux Sociétés.

### **Avenir de l'anesthésiologie belge**

Au cours des quarante dernières années, l'anesthésiologie belge, comme partout dans le monde, a évolué d'une spécialité technique manuelle vers une spécialité instrumentalisée, hautement sophistiquée et scientifiquement fondée. Des services d'anesthésie structurés ont vu le jour, qui ont remplacé les anesthésistes travaillant individuellement. Dans beaucoup d'endroits, les anesthésistes sont à la tête ou occupent une place importante dans les services de soins intensifs, admission d'urgence ou clinique de la douleur. Les praticiens de la «jeune» spécialité sont maintenant déjà pensionnés ou près de la retraite, ce qui va créer à l'avenir une demande accrue de nouveaux spécialistes. Dans une option politique, un *numerus clausus* a été instauré, non seulement pour les généralistes, mais aussi pour tous les spécialistes, chaque fois par communauté flamande et francophone. Il est à prévoir qu'il sera très difficile de satisfaire correctement les exigences en main-d'œuvre de notre spécialité dans un proche avenir. Ce sera un point épineux très important à résoudre pour nos deux Sociétés, la scientifique et la professionnelle, si à l'avenir l'anesthésiologie belge veut garder sa juste place parmi les autres spécialités médicales.

*Je dédie ce travail au professeur Jean Lassner, président fondateur de l'Académie européenne d'anesthésiologie.*

## Un grand patron

### **Ginette Albouze**

CES de néphrologie  
CES d'anesthésiologie et de réanimation  
Chevalier de l'Ordre du Mérite

### **Suzanne Py**

Diplôme de la médecine du travail  
CES d'anesthésiologie et de réanimation  
Officier de l'ordre du Mérite

3 novembre 1953: Premier arrêt, métro République. Traverser le dixième arrondissement, passer sur le pont du canal Saint-Martin, dans la brume d'un matin d'automne, et entrer dans l'hôpital Saint-Louis, par une porte déjà impressionnante.

Arrivée de deux jeunes médecins de province:

Suzanne Py, de Toulouse, chargée des services médicaux de Christian Dior, *look* Dior, très élégante et distinguée, mais

## anesthésie d’hier

encore ignorante du fonctionnement des grands hôpitaux parisiens, demande à l’entrée, le service d’urologie pour se présenter au Pr Lassner.

Le concierge: «service d’urologie à l’entrée à gauche».

Suzanne arrive dans un grand couloir avec des patientes assises attendant leur tour. Une surveillante importante par le poids et l’attitude, m’ordonne: «Première porte à gauche et enlevez la culotte!!!»

«Madame, bien qu’avertie des mœurs parisiennes, je ne savais pas que pour apprendre l’anesthésie, il fallait quitter son pantalon! Je viens pour apprendre l’anesthésie dans le service du professeur Lassner».

La surveillante: «à l’étage au-dessus! ici, c’est la gynécologie!»

Ginette Albouze, *look* auvergnat venant de la France profonde...

Je me présente au Pr Lassner, qui comprend, d’un seul regard, mon désarroi, et me demande simplement: «de quoi vivez-vous à Paris?»

Voici donc en place la formidable équipe des glorieuses élèves de M. Lassner.

À partir de ce jour a démarré l’apprentissage de notre métier, qui n’a rien à voir avec celui d’aujourd’hui; cependant l’anesthésiologie reste un métier, au sens le plus noble du terme.

Nous nous sommes heurtées à une série de difficultés et de techniques primitives:

- première difficulté majeure: l’intubation, ce tube qui ne trouvait pas toujours le bon chemin,
- la stérilisation du petit matériel était faite par ébullition, dans une casserole, et les perfuseurs aussi étaient bouillis,
- le masque d’Ombredanne venait tout juste de disparaître, laissant la place à un appareillage médical adapté aux nouvelles techniques anesthésiques, instrumentation qui nous



## souvenirs

apparaissait diabolique: rotamètres, bouteille bleue de protoxyde d'azote, voisine de la bouteille blanche d'oxygène, le ballon à presser à un rythme précis pour faire survivre les patients curarisés, parfois pendant une demi-heure, voire des heures...

L'appareil d'anesthésie était un des premiers appareils français mis au point par le laboratoire Robert & Carrière, sur lequel étaient encore branchés une cuve d'éther et du cyclopropane pour les anesthésies courtes; il était proscrit si le chirurgien employait le bistouri électrique, étant donné les risques théoriques d'explosion.

- Outre le matériel, les agents d'anesthésie comprenaient un barbiturique: le Pentothal, et deux sortes de curarisants: la d-tubocurarine d'action plus longue, et le Flaxédil pour des interventions d'une demi-heure environ.

La surveillance des malades endormis était supervisée par le patron, mais aussi, nous avions, tous les matins, un enseignement concernant la médecine du sommeil.

Et, tous les matins, avec une inlassable patience: «alors, la plaque motrice, et la cyanose» et j'en passe...

Compte tenu de tous ces souvenirs, et de ses choix pendant la deuxième guerre mondiale, je n'ai pas été surprise qu'il endorme le général de Gaulle lors de son opération de la prostate, opération pratiquée par le Pr Pierre Aboulker.

Jean Lassner, avec sa grande patience, son souci de ses élèves, que sa question sur mes moyens de vivre m'avait révélé dès notre première entrevue, était un professeur très brillant mais qui avait toujours la volonté d'être très clair et de se mettre à notre portée dans ses explications. Quand il lui arrivait de déborder de son enseignement scientifique, il nous «apprenait à vivre».

Pour moi, Ginette Albouze, j'ai travaillé trois années avec lui jusqu'à mon installation à Châteauroux. Ces trois années ont été émaillées d'incursions pour des stages à l'hôpital Foch, auprès du Pr Vourc'h, et surtout à l'hôpital Marie-

## anesthésie d’hier

Lannelongue dans le service de madame le Pr Yvonne Noviant. J’ai particulièrement apprécié, auprès d’elle, l’amour du travail bien fait, sa rectitude morale, son inébranlable sérénité si rassurante dans les moments les plus difficiles. Et tout cela avec une très grande gentillesse.

La vie est faite de rencontres successives; certaines sont un don du ciel. Jean Lassner l’a été. En effet, sur ses conseils et son appui, j’ai obtenu le stage dans le service de madame Noviant, à laquelle j’adresse mon affection reconnaissante, pour ses talents d’enseignante, mais aussi pour m’avoir ouvert les portes des hôpitaux des États-Unis, ceci en 1966 !

M. Lassner, nous l’avons profondément apprécié et aimé.

Malraux a écrit: «Être Roi, c’est idiot, ce qui compte, c’est de faire le royaume». Jean Lassner a initié la France à l’anesthésiologie et les *Cahiers d’Anesthésiologie* ont été son royaume.

## De l'Europe à l'Amérique, un témoin impressionnant

**Hermann Schmitz**

Professeur de philosophie – Kiel – Allemagne

Dans mon livre *Adolf Hitler et l'Histoire* (Bonn 1999), j'ai suivi, en partant de l'antique changement de paradigme de la compréhension du monde et de soi-même chez Démocrite et Platon, en passant par le christianisme et l'*Aufklärung* (Les Lumières) moderne jusqu'aux Guerres Mondiales du xx<sup>e</sup> siècle, trois errements de l'esprit occidental; le dynamique, l'autistique et l'ironique. Je les ai confrontés à la tradition de l'Église de l'Est, qui a sauvé, à partir du néoplatonisme antique et des écrits johanniques du Nouveau Testament, l'idéal de l'unité, sécularisé, depuis Chomjakow, comme image directrice du *sobornost* et encore vivace dans les espoirs vagues d'un «socialisme humain» dans l'ex-Allemagne de l'Est communiste. Puisse la réunification allemande constituer le point de départ de la réunification de l'Empire

## anesthésie d'hier

romain, qui s'est scindé en 343 en une partie occidentale et une partie orientale! Hélas, il me semble trop tard pour que les valeurs de la latinité reviennent.

En 1798, Friedrich Schlegel écrivit dans *l'Athénée*: «La Révolution française, l'enseignement scientifique de Fichte et le *Meister* de Goethe font partie des grands événements de cette époque». Le roman de Goethe n'y a pas sa place, par contre la Révolution française et l'enseignement de Fichte sont des signaux évidents d'une rupture, d'une ligne de partage des eaux, dans la compréhension que l'homme a de lui-même.

Bien que penchant initialement pour la République, Montesquieu se déclare en faveur de la monarchie en prenant celle de l'Angleterre comme modèle. La Révolution française est la victoire de Rousseau sur Montesquieu.

On doit s'interroger sur la cohérence interne de la devise «Liberté, Égalité, Fraternité» inspirée de Rousseau. Déjà, pour éviter les excès de liberté, il faut des gardiens; les choisir enfreint le principe de l'égalité. La fraternité exige des frères égaux, chose rare. La devise de la République exige le rejet de la tradition que valorisait Montesquieu, elle abolit les liens traditionnels et veut des individus aussi égaux que possible. Par là même elle les prive de leur être social, de leur place acquise dans la société. Il s'ensuit, pour eux, un état de flottement identitaire. Le soi-même a trouvé sa meilleure description dans l'œuvre de Kierkegaard et se retrouve dans celle des existentialistes comme Heidegger ou Sartre.

Jean Lassner, ce voyageur passant de son Autriche natale à la France qu'il a servie, juif et catholique, ayant une large vision englobant la culture allemande et anglo-américaine, est un témoin impressionnant de la persistance «à l'ouest» d'une civilisation hautement cultivée.

*Traduit de l'allemand*

De la France  
à l'Afrique francophone subsaharienne  
Ou comment faire tache d'huile

**Martin Chobli**

Professeur d'anesthésie-réanimation  
CHU SAMU Cotonou – République du Bénin

**Yves-René Yapobi**

Professeur d'anesthésie-réanimation  
Institut de cardiologie  
Abidjan – République de Côte-d'Ivoire

C'était en septembre 1983 dans les couloirs de l'immense Palais des congrès de Lille où le Pr Scherpereel m'avait invité à présenter un poster sur la situation de la pratique de l'anesthésie dans mon pays lors d'un congrès de l'Association des anesthésistes-réanimateurs d'expression française. Avec le catastrophisme quelque peu séducteur qui a caractérisé mon début de carrière en Afrique, je venais en des mots poignants

## anesthésie d’hier

de décrire l’état de l’anesthésie au Bénin et au Togo voisin. Lors de la pause-café une silhouette frêle s’avança vers moi et lança :

« Eh mon petit, j’ai écouté ton exposé. Il est véridique mais ne doit en aucun cas donner prétexte au découragement. Voici ce que je veux que tu comprennes : te donner quelques sondes d’intubation et flacons d’halothane ne servira pas à grand chose. Par contre, je convaincrs mes collègues pour que nous t’aidions à organiser un vrai service d’anesthésie dans ton pays, en t’appuyant pour le moment sur les infirmiers anesthésistes de ton hôpital. Travaillez avec ce que vous possédez, mais avec beaucoup d’application et toujours comme objectif principal la sécurité du patient. Et vous en parlerez à vos collègues des pays voisins. Vous verrez, cela fera tache d’huile et dans vingt ans, trente ans peut être vous aurez fait beaucoup de progrès en Afrique. Les débuts chez nous n’ont pas été simples non plus. »

Oui, vingt ans après cette rencontre insolite dans le Nord grisailleux de la France, on ne peut pas dire que la prophétie du père Lassner ne se soit pas réalisée. Il faut dire qu’il avait une certaine expérience de l’Afrique et avait inauguré la première faculté de médecine d’Abidjan, ayant reçu à cette occasion, du président Félix Houphouët-Boigny, la Légion d’Honneur de la République de Côte-d’Ivoire.

En dépit de dysfonctionnements majeurs dans certains pays, l’anesthésiologie a connu des progrès appréciables dans notre région. Au moment où il me donnait ces sages conseils, monsieur Lassner devait déjà être à la retraite ou pas loin d’y accéder, car je n’ai plus eu beaucoup d’occasions de le rencontrer dans les couloirs des congrès d’anesthésiologie.

Deux messieurs de corpulence plus forte étaient à côté de lui lorsqu’il m’adressa ce joli message : feu le Pr Viars et le Pr Winckler qui quelques années après me fera l’honneur de me faire venir jusque dans sa maison à Rouen. Bien sûr, avec le Pr Scherpereel, longtemps représentant de la Fédération mondiale des Sociétés d’anesthésiologie (WFSA) dans la

## souvenirs

région africaine, les liens sont restés serrés et toujours très cordiaux. Beaucoup d'autres collègues sont venus par la suite renforcer l'étoffe de la coopération France-Afrique dans notre spécialité. Nous ne pourrions jamais les citer tous. Alors, pour ne pas faire de jaloux disons qu'ils sont de tous âges, des deux sexes et répartis presque de façon homogène sur l'ensemble de l'Hexagone, avec peut être un léger avantage en faveur des ressortissants des régions Sud-Ouest, Île-de-France et Auvergne.

«Donnez du poisson à un individu, il se nourrira un jour; apprenez lui à pêcher et il se nourrira toute sa vie». En paraphrasant ce proverbe chinois, le Pr Lassner nous a tracé les chemins à suivre pour développer l'anesthésiologie sur notre continent.

Entre 1983 et aujourd'hui celle-ci a connu une progression non négligeable. Déjà sur le plan de la démographie et de la nécessaire médicalisation du personnel, un pari est en train d'être gagné. Entre 1983 et 2001 l'effectif des médecins anesthésistes est passé de un à dix au Bénin, de trois à vingt-cinq au Cameroun, de deux à quinze au Gabon et de huit à cinquante-huit en Côte-d'Ivoire. Même si ces chiffres sont encore dérisoires comparés à ceux de France et des grands pays d'Europe, il n'en demeure pas moins que cette évolution contribue de façon remarquable à l'amélioration de la qualité des prestations anesthésiques aux populations de nos régions.

Si au milieu des années quatre-vingt, l'Afrique a pu faire former quelques médecins anesthésistes en Métropole grâce au système du diplôme inter-universitaire de spécialité (DIS) la disparition de celui-ci a favorisé le développement de la formation en Afrique de nos spécialistes. Trois facultés de médecine assurent aujourd'hui une formation d'assez bonne qualité: Abidjan, Cotonou et Dakar avec respectivement, trente-trois, vingt-sept et vingt-cinq médecins en cursus l'année dernière. Il y a également la faculté de Yaoundé, mais depuis quelques années, elle souffre d'un sous-effectif d'apprenants (seulement cinq en formation actuellement). En

## anesthésie d’hier

principe, l’Afrique francophone peut donc espérer dans cinq ans accueillir une centaine de nouveaux médecins spécialistes et on ne peut que s’en réjouir. Mais pour former, il faut des formateurs et les enseignants de rang magistral en anesthésiologie sont encore peu nombreux en Afrique francophone. Certes, là aussi il y a eu des progrès mais ils sont minimes. Ils n’étaient que trois en 1983 (Pr Bondurand, N’Dri d’Abidjan et feu le Pr Bele Binda à Kinshasa). Aujourd’hui nous sommes treize (quatre à Abidjan, trois à Cotonou, deux à Yaoundé, un à Lomé, un à Libreville, un à Dakar et un à Ouagadougou). On comprend alors combien nous apprécions le soutien de nos collègues de la SFAR dans le domaine de l’enseignement aux étudiants du Cesar habitués désormais à suivre les cours des Prs Isabelle Murat, Jean-Pierre Carpentier, Dominique Grimaud, Jean-Marie Saïssy, Jean-Étienne Bazin, pour ne citer que ceux-là. Mais une silhouette leur manque cruellement depuis quelque temps : celle, frêle, de feu le Pr Pascal Adnet qui s’est beaucoup investi dans le développement de cette coopération à la fois en tant que membre actif de la cellule de solidarité scientifique de la SFAR et représentant de la Fédération mondiale des Sociétés d’anesthésiologie pour l’Afrique francophone. Pour nous africains, profondément croyants et très attachés aux symboles, c’est un signe de Dieu que ce soit sur la Terre Africaine qu’il rendit l’âme en octobre 2000 lors justement d’une mission d’enseignement. Désormais, bien former nos jeunes médecins anesthésistes est une manière de rendre un hommage à son action passée. Ce sont les hommes qui créent et développent.

L’amélioration de la démographie en anesthésistes a vu s’améliorer la sécurité en anesthésie dans la sous-région et si vous visitez les blocs opératoires en Afrique aujourd’hui, vous verrez assez souvent un oxymètre de pouls par-ci, un Dynamap par-là, un petit moniteur multiparamètres plus loin et parfois même un ventilateur dans la salle principale. L’un des objectifs primordiaux de la SARANF au cours des années



## souvenirs

à venir est de standardiser les équipements, et les sites d'anesthésie avec comme fil conducteur la recherche de matériels simples, sûrs, efficaces et à prix raisonnables. Il en existe, si l'on prend la peine de bien réfléchir pour définir les différents critères de choix. Une autre conséquence voyante de la médicalisation du personnel d'anesthésie en Afrique est la progression de la pratique de l'anesthésie loco-régionale. Si l'anesthésie péridurale reste encore peu pratiquée (surtout dans sa version «analgésie obstétricale de confort»), la rachianesthésie est par contre devenue une technique très utilisée et avec beaucoup plus de sécurité pour les patients (utilisation d'aiguilles de petit calibre et gestion rationnelle des effets hémodynamiques délétères). Même si on croise de temps à autre un stimulateur de nerf dans certains hôpitaux d'Afrique (Cotonou, Libreville, Dakar) l'anesthésie loco-régionale sélective des membres n'est pas encore de pratique courante. Par contre le Pr Murat a fait développer une large pratique du bloc pénien au grand bénéfice des nombreux petits garçons subissant une circoncision rituelle.

Dans le domaine de l'anesthésie générale, les choses ont aussi bougé mais pas de manière aussi satisfaisante. Certaines équipes continuent d'utiliser la gallamine comme curare et la péthidine comme analgésique et il est important de les convaincre que cette pratique est dépassée. C'est beaucoup moins un problème économique qu'une question de compréhension (des agents relativement peu onéreux comme le Norcuron® et le Fentanyl® existent sous forme générique). Enfin la gestion de la douleur post-opératoire est un problème crucial qui mérite une attention particulière car beaucoup de patients continuent à s'arracher les cheveux de douleur dans les salles de surveillance post-interventionnelle en Afrique. Même si PCA et PCEA paraissent un luxe actuellement pour nous, il faut encourager l'usage rationnel de la morphine pour soulager nos opérés. Comme on le constate, il y a quelques images positives, quelques avancées timides, mais aussi des points d'ombre.

## anesthésie d'hier

Mais, et c'est indéniable, l'anesthésiologie en Afrique, engagée dans une coopération intelligente progresse et nous sommes heureux de le souligner à l'occasion de l'hommage rendu aux fondateurs des *Cahiers d'Anesthésiologie*, qui représentent de loin l'organe de la spécialité où les Africains ont publié le plus d'articles au cours de la dernière décennie.

Bonne retraite au professeur Lassner !

## Un noviciat, un bréviaire et un credo

**Jacqueline Rendoing**

Professeur, ancien chef du département d'anesthésie-réanimation,  
CHU Reims

Quelle joie au **xxi<sup>e</sup>** siècle d'honorer de son vivant un pionnier de l'anesthésie et quel royal cadeau ce bain de jouvence auquel me convient vos quatre-vingt-dix printemps ! Comment passer sous silence ce qui surgit inévitablement à la mémoire quand, ayant opté pour une retraite parisienne, on gravite *ipso facto* autour des lieux où s'est forgée votre célébrité ? Cochin, Port-Royal, rue Méchain... Quel voisinage exaltant par la charge émotionnelle sous-jacente !

De la déferlante des souvenirs émergent en pointe les « Vendredis de Cochin » : cérémonies solennisées qui, dans une sorte d'œcuménisme professionnel, réunissaient sous l'autorité éminente du couple d'officiants que vous formiez avec E. Kern, des ouailles toutes catégories investies dans la réalisation de la narcose : médecins, étudiants, infirmier(e)s,

## anesthésie d’hier

voire conjointes de chirurgiens, celles-ci n’hésitant pas à l’époque à mettre (ou remettre?) la main à la pâte pour sécuriser un époux en attente d’anesthésiste confirmé.

Que de célébrations surprenantes m’a-t-il été donné de vivre dès mon noviciat dans la discipline où vous faisiez figure de précurseur à la fois comme enseignant et praticien ! Et que de ferveur générait l’office du vendredi qui affichait invariablement complet, les fidèles s’agglutinant derrière une première rangée de dames initiées, dominée par la crinière rousse de la grande prêtresse Vincent ! Tintent encore à ma mémoire les noms de Marion Bertreux, Monique Lande, Odette Meary. Yvonne Noviant qui, elle aussi, a établi sa retraite dans les parages de Cochin, faisait déjà autorité.

Cochin, paroisse de mon postulat, ne manqua cependant pas de troubler ma conscience car j’y accédai par une chapelle adjacente à votre sanctuaire, grâce à un ami chirurgien, ancien élève de Quénu. D’emblée je me trouvai sous l’autorité de Jean Valletta, champion inégalé du *Pento-cu* qu’il administrait dans une sérénité aussi rassurante pour le patient que pour le chirurgien. Sa religion se limitait aux deux produits et bannissait tout autre viatique de la narcose, la machinerie inhalatoire des blocs étant exclusivement vouée à la délivrance d’oxygène. Conséquemment, sous sa tutelle, la messe du vendredi, qu’il n’aurait manquée pour rien au monde, s’avérait une obligation souvent déconcertante pour la foi des novices qu’il initiait.

Imaginez quelles aventures constituèrent les changements de stages et l’immersion dans des techniques diversifiées ou plus élaborées !

La hantise de l’explosion compromit à coup sûr la suite de mon noviciat en m’écartant délibérément, voire avec ruse, des salles où cyclopropane et éther avaient droit de cité.

Pourtant, il y eut un jour où, sous la tutelle de Louis Amiot, retenu en privé, je fus contrainte par un chirurgien autoritaire et impatient d’endormir son malade à l’éther. Bien entendu,

## souvenirs

le stade d'agitation ne put être évité et prit même une proportion telle que mon appel au secours déclencha l'arrivée simultanée de l'épouse du patron chirurgien et de la patronne d'anesthésie du service voisin (Juliette Chateaufreynaud), l'une m'incitant à monter, l'autre à baisser la concentration en éther. La suite de ce dilemme, à la fois cornélien et courtelinesque m'a échappé, mais le patient a survécu...

C'est encore pendant mon noviciat que les *Cahiers d'Anesthésiologie* virent le jour, portés sur les fonts baptismaux par vous-même et vos deux acolytes, E. Kern et J. Valletta. Adoptés d'emblée comme bréviaire, ils contribuèrent probablement à me maintenir dans l'orthodoxie face à des théories novatrices prônées dans une église concurrente et risquant d'ébranler mon credo.

Aujourd'hui, cher maître et ami, où vous être le seul survivant de la Trinité fondatrice qu'unissaient de robustes liens d'amitié, acceptez l'hommage empreint de respect et d'affection qui vous est dû.

Sachez en outre, que j'éprouve à votre égard une reconnaissance infinie pour la solidarité et l'aide incomparables dont vous avez entouré mon «vénéré» maître Valletta tout au long de l'épreuve qui a conclu prématurément son existence.



# Un Autrichien sans doute un Français sûrement

**Sylvia Fitzal**

Professeur, Dr. Abteilung für Anaesthesie,  
Allgemeine und Toxikologische Intensivmedizin  
Wilhelminenspital – Wien – Autriche  
Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie

Les racines de Jean Lassner se trouvent à Vienne, son lieu de naissance, où il a passé son enfance et son adolescence. Sa famille, installée en Autriche depuis plus d'un siècle, faisait partie de la bourgeoisie et était fortement attachée aux valeurs traditionnelles. L'appartement de ses parents, où Jean Lassner vint au monde, ainsi que ceux de ses grands-parents paternels et maternels étaient situés dans le même ensemble, dans le deuxième arrondissement. Sa maison natale fait face au fameux *Prater*, magnifique et grand parc, aussi appelé les « poumons verts » de Vienne. Ce site ayant peu changé depuis

## anesthésie d’hier

lors, le visiteur peut y retrouver le monde où Jean Lassner passa sa jeunesse. La plupart des maisons sont de style baroque et ont été épargnées par la guerre. Il en a été de même pour les parcs, maintenus comme espaces verts non constructibles. Même l’école primaire de Jean Lassner située à proximité existe encore dans son aspect d’alors.

Au départ, le chemin de Jean Lassner était bien tracé. Son père était directeur général d’un complexe chimique, ce qui permit aux parents d’offrir un enseignement de très grande qualité à Jean Lassner et ses deux sœurs jumelles. La famille était très musicale: le père jouait du violon, le grand-père du piano et sa tante était cantatrice à l’Opéra. De ce fait la fréquentation des concerts, opéras et théâtres faisait partie de leur vie. Très tôt Jean Lassner apprit le français, sa langue préférée, pour laquelle il avait un professeur particulier. Durant son séjour d’un an dans un collège suisse, il apprit l’italien et l’anglais. Ses professeurs et mentors l’ont influencé de diverses façons. Le directeur du collège suisse lui fit connaître la littérature et les textes religieux, et son professeur de grec et de latin éveilla en lui l’intérêt pour la philosophie, en particulier celle de Edmund Husserl, qui l’impressionna tout particulièrement. Après le lycée, Jean Lassner commença des études de médecine à l’université de Vienne. Il les interrompit brièvement pour la philosophie. Lors de son vingt-deuxième anniversaire, le professeur Husserl, qu’il vénérât tout particulièrement, a fait une conférence au domicile des parents de Jean.

Malheureusement sa vie d’étudiant fut bouleversée par le chaos de la guerre qui mit à mal notre petit pays, un reste de l’Empire austro-hongrois, et qui allait devenir la République d’Autriche. Comme beaucoup d’autres, sa famille se dispersa et les membres qui restèrent en Autriche sont morts en prison ou en camp de concentration. Ses parents ont survécu grâce aux efforts de Jean qui, réalisant le danger en temps utile, arriva à les faire sortir du pays. Bien entendu, la famille perdit tous ses biens.



## souvenirs

Comme il était impossible à Jean Lassner de terminer ses études de médecine à Vienne, il vint en France et devint citoyen français. Il obtint son doctorat de médecine à l'université de Paris en 1948. Entre temps il avait déjà commencé à pratiquer activement l'anesthésie. Son amour pour Paris remonte à la période de lycéen, alors qu'il visitait cette ville. Lors d'une promenade le long de la Seine, le Louvre fut subitement illuminé et il en garda un souvenir inoubliable. Après guerre, et en dépit des souvenirs terribles de l'Autriche, Jean Lassner établit rapidement des liens avec des anesthésistes autrichiens, dont il devint le mentor et l'ami. Au printemps de 1955, la Société française d'anesthésie-réanimation invita la toute jeune Société autrichienne d'anesthésiologie à une réunion commune. Celle-ci permit aux anesthésistes autrichiens, en particulier Otto Mayrhofer, Karl Steinbereithner et Hans Bergmann de rencontrer l'ex-autrichien Jean Lassner. À cette époque, Jean Lassner avait déjà été actif en anesthésie depuis plus de dix ans. Un dîner de gala dans un restaurant à la Tour Eiffel clôtura la rencontre, le 8 mai. Ce soir-là un fantastique feu d'artifice fut subitement tiré à partir de l'autre berge de la Seine : c'était pour marquer le dixième anniversaire de la capitulation de l'Allemagne !

Au fil du temps, Jean Lassner continua à établir par-delà les frontières des liens nouveaux et à renforcer ceux qui existaient déjà. Il intensifia ses rencontres avec ses collègues autrichiens. En 1962, lors du premier congrès européen d'anesthésiologie, qui fut une réunion trilingue (anglais-allemand-français), Jean Lassner a été l'orateur invité, sur le thème *Hypnose en Anesthésie*. Ce sujet l'intéressait depuis longtemps, en fait dès ses études de médecine à Vienne. Il organisa, à Paris, en avril 1965, un congrès international d'hypnose et de médecine psychosomatique sous le patronage de la Fédération mondiale pour la santé mentale. Un ouvrage a été publié à la suite de cet événement (*Hipnosis and Psychosomatic Medicine*. Paris Springer-Verlag, J. Lassner 1967).

## anesthésie d’hier

En 1969, il fut à nouveau l’orateur invité, lors du congrès annuel, à Vienne. Sa conférence *Douleur et Anesthésiologie*, publiée dans le journal *Der Anästhesist*, est un exposé médico-philosophique que chaque anesthésiste devrait lire. Lors de la conférence, Jean Lassner fit part de sa souffrance déclenchée par la visite à sa ville natale, qui lui rappelait les événements terribles dont sa famille a été la victime et qui ont fait de lui un étranger de son pays natal.

Ultérieurement Jean Lassner revint plusieurs fois comme orateur invité dans le cadre de réunions de caractère international, ou de formation continue. Parmi ses thèmes, il faut citer tout particulièrement ceux témoignant de son pouvoir visionnaire : *Rôle de l’anesthésiste en dehors de la salle d’opération* et *Clinique de la douleur*.

Une des réussites les plus marquantes de sa vie professionnelle fut la fondation de l’Académie européenne d’anesthésiologie. Vienne a eu le privilège d’organiser le troisième congrès annuel de l’Académie. Il témoigne de la profonde amitié entre Karl Steinbereithner, organisateur du congrès avec Otto Mayrhofer, et Jean Lassner. Karl Steinbereithner a toujours été fasciné par l’idée de Jean Lassner d’européaniser notre spécialité et de l’élever à un haut niveau académique. Il devint un des avocats et supporters les plus fervents de cette Académie. L’élection de Karl Steinbereithner aux fonctions de trésorier, puis de président de cette institution, est le résultat logique de ses efforts constants, comme ami et partenaire intellectuel de Jean Lassner. Il ne limitait pas ses contacts aux seules personnalités de l’anesthésiologie autrichienne, mais se consacrait aussi aux générations plus jeunes. Ainsi a-t-il apporté son aide à nombre d’entre eux, en particulier à l’auteur de ce texte. Grâce à son soutien, j’ai eu le privilège de faire partie du sénat et d’être invitée en Dordogne, à un symposium mémorable. Il a aussi traduit certains de mes travaux, pour les publier dans les *Cahiers*. Jean Lassner est un des supporters les plus importants de l’anesthésiologie

## souvenirs

autrichienne. En 1980, il a été nommé membre d'honneur de la Société autrichienne d'anesthésie, réanimation et de médecine intensive, en témoignage de reconnaissance pour tout ce qu'il a apporté aux anesthésiologistes d'Autriche.

Tous ceux et celles qui ont eu la chance d'entendre Jean Lassner comme orateur, comme intervenant dans les discussions, ou tout simplement de dialoguer avec lui, ont constaté la vivacité de son esprit et son humour pétillant. Il est une personnalité «indépassée» et fascinante, à la vision large et tournée vers l'avenir. Il est un médecin, un chercheur, un enseignant et un philosophe qui s'est toujours situé sur une marche au-dessus de celle où la plupart d'entre nous se tiennent.

La Société autrichienne d'anesthésiologie, de réanimation et de médecine intensive adresse ses meilleurs vœux à son supporter, mentor et ami, à l'occasion de son quatre-vingt-dixième anniversaire.

*Ad multos annos!*

*Traduit de l'allemand*



## Un maître, un précurseur

**Danièle Fluhr, Jacqueline Jasson, Luc Jeanne,  
Jean-Paul Lamas, François Legagneux, Jacques Léoni,  
Jean Lirzin, Jean-Paul Morin,  
Marie-Louise Talafre-Catteau**

CHU – Cochin Port-Royal (Paris)

Vingt ans se sont écoulés depuis votre départ de l'hôpital Cochin. Déjà !

Aujourd'hui, alors que la carrière hospitalière de certains d'entre nous approche de son terme, nous souhaitons, à l'occasion de votre anniversaire, vous adresser ces quelques mots. En nous acceptant comme élèves, puis comme collaborateurs dans votre service, vous nous avez permis de vivre une intéressante et enrichissante expérience humaine et professionnelle. Vous nous avez fait participer, sous votre

## anesthésie d'hier

direction, au fonctionnement et au développement du département d'anesthésiologie de l'hôpital Cochin en nous fournissant les moyens d'accomplir notre tâche dans les domaines du soin aux patients, de l'enseignement aux plus jeunes et de la recherche clinique. Dans vos fonctions de chef de service, vous avez toujours privilégié le dialogue avec nous et vous avez toujours été à notre écoute chaque fois que l'un d'entre nous venait vous demander un conseil à propos d'une difficulté professionnelle ou personnelle.

Vous nous avez enseigné la rigueur et le sens critique qui nous ont été très profitables dans notre pratique anesthésique, dans la rédaction d'articles et l'analyse de la littérature médicale. Les réunions bihebdomadaires d'enseignement que vous aviez organisées nous ont permis d'approfondir nos connaissances mais aussi de rencontrer nos collègues dispersés dans les divers pavillons de l'hôpital. Certaines de ces réunions tenues en commun avec les collègues d'autres départements d'anesthésie parisiens ont donné lieu à de fructueux échanges d'idées et à l'établissement de liens entre médecins d'établissements différents.

Vous avez tenu au développement de la recherche clinique dans votre service, vous nous avez incités à faire des travaux dans la spécialité et la plupart d'entre nous se sont impliqués dans cette tâche qui leur a apporté la satisfaction de confirmer ou d'infirmer une hypothèse de travail et d'en publier les résultats. Vous avez toujours porté un grand intérêt à l'anesthésie loco-régionale, vous nous l'avez enseignée et vous avez organisé des séminaires de formation ayant une large audience, vous avez invité des spécialistes anglo-saxons de cette technique anesthésique tels que John Bonica et Daniel Moore afin qu'ils nous transmettent leur expérience. Dans ce domaine qui connaît aujourd'hui un grand essor vous avez été un précurseur comme vous l'avez été dans celui du traitement de la douleur en présidant à la création d'une consultation d'analgésie au sein de votre service. Enfin, en fondant avec vos collègues européens

## souvenirs

l'Académie européenne d'anesthésiologie, vous nous avez offert la possibilité de connaître les confrères et la pratique anesthésique des pays européens. Nous avons passé auprès de vous une période de notre vie professionnelle au cours de laquelle vous nous avez beaucoup apporté. Merci et recevez l'expression de nos sentiments reconnaissants et dévoués.





## Le temps passe, les amitiés restent

### **Daniela Filipescu**

Chef de service d'anesthésie-réanimation cardiaque  
Institut des maladies cardio-vasculaires, Bucarest, Romania  
Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie

Lorsqu'il m'a été proposé d'écrire quelques lignes à l'occasion de l'anniversaire de Jean Lassner, je me suis réjouie et j'ai été honorée car je pouvais ainsi remercier celui qui a contribué à ma formation d'anesthésiste-réanimateur.

Grâce à sa recommandation, j'ai été acceptée, en novembre 1990, dans le service du Pr Jean-Marie Desmonts, et, pendant un an, j'ai parachevé mes connaissances de jeune médecin anesthésiste à l'hôpital Bichat, dans le département d'anesthésie-réanimation cardiaque. Pendant mon stage à Paris j'ai suivi les cours de l'Institut d'anesthésie (DIS). Les connaissances ainsi accumulées m'ont permis de me présenter à l'examen, écrit en 1991 puis oral en 1992, pour l'obtention du diplôme européen d'anesthésie.

## anesthésie d'hier

La réussite à cet examen représente pour moi, encore aujourd'hui, ma plus importante réalisation professionnelle, car c'est une reconnaissance internationale de mon niveau dans le domaine de l'anesthésie et des soins intensifs.

Sans fausse modestie, je peux dire avoir été la première anesthésiste de Roumanie à être devenue membre de l'Académie par examen. Mon exemple a été suivi par d'autres collègues. Pour cela, je remercie M. le Pr Jean Lassner.

De retour au pays, j'ai poursuivi cette activité, devenant en 1995 le chef du service d'anesthésie-thérapie intensive cardiaque du plus grand centre de chirurgie cardiaque de Roumanie.

Je suis fière d'avoir été formée en tant qu'anesthésiste en France et je suis également fière d'avoir suivi la route tracée, il y a quarante ans, par mon beau-père, le docteur Zorel Filipescu. Il étudie à l'hôpital Foch de Suresnes en 1957-1958 tout en suivant les cours de l'Institut d'anesthésie de Paris. C'est là qu'il connaît le Pr Guy Vourc'h, qui fut un des fondateurs de l'École française de l'anesthésie-réanimation. Dès les années cinquante, Guy Vourc'h et Raymond Nédey avaient formé à Foch, par l'union de leurs deux services, un département d'anesthésie-réanimation à part entière. Zorel Filipescu, le premier Roumain à avoir effectué des études dans cette spécialité en France, devient, à son retour, le pionnier de l'anesthésie moderne en Roumanie. Il contribue à la formation de l'École roumaine d'anesthésie qui a été reconnue en tant que spécialité en 1957 et jette les bases de la thérapie intensive en urgence, ouvrant la première salle de réanimation à l'hôpital des Urgences de Bucarest. En 1958 il crée le Cercle d'anesthésie-réanimation qui devient en 1959 une section de la Société de chirurgie et en 1972 il fonde la Société roumaine d'anesthésie-thérapie intensive (SRATI). À partir de 1960 Zorel Filipescu est membre de la SFAR et de la AIAREF (Association internationale des anesthésistes-réanimateurs d'expression française), Société avec laquelle il organise en 1978, à Sibiu, la conférence annuelle de la

## souvenirs

SRATI. Plus de cent invités ont participé, dont la plupart venaient de France. Parmi eux M. Goulon, Jean Lassner et Guy Vourc'h.

Dès la création de l'Académie européenne d'anesthésie, en 1978, Zorel Filipescu en devient membre.

La famille du professeur Lassner a soutenu non pas seulement le développement de l'anesthésie en Roumanie, mais elle a aussi encouragé le désir de liberté des Roumains. Ces quelques lignes sont un hommage apporté à l'amitié entre la famille Filipescu et celle des Lassner.

Après la mort de Zorel et de Guy Vourc'h les deux familles, Filipescu et Vourc'h, sont également restées très liées, et j'ai appris le courage et le rôle des Vourc'h dans la Résistance Française et la Libération lors de mon séjour chez eux à Plomodiern, en Bretagne.

La Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) garde, en souvenir, la photo dédicacée par mon beau-père du monument du Soldat Français qui se trouve dans le parc



**Guy Vourc'h et Zorel Filipescu à Bucarest**

Devant le monument érigé à la mémoire des Français morts pour la Roumanie

## anesthésie d’hier

central de Bucarest (Cismigiu), photo que Zorel Filipescu a offerte à Jean Lassner alors président de cette Société. C’est devant ce monument que Guy Vourc’h et Zorel Filipescu sont photographiés sur la photo de la page précédente.

Ce monument est important car il a été élevé pour célébrer l’amitié Franco-Roumaine comme le montre l’inscription gravée sur son socle :

«AUX SOLDATS FRANÇAIS TOMBÉS AU CHAMP  
D’HONNEUR SUR LE SOL ROUMAIN PENDANT LA  
GRANDE GUERRE 1916-1919».

Je me permets de citer quelques extraits de l’allocution de Zorel Filipescu prononcée lors de la Semaine de l’urgence organisée par MARSAs (Midi-Pyrénées-Anesthésie-Réanimateurs SAMU – SMUR) à Toulouse en 1990 :

«La France et la Roumanie ont été et resteront parentes pour toujours [...]. Le sang latin nous rapproche [...]. Les preuves de fraternité ont été évidentes durant des siècles [...]. Vous vous souvenez sans doute qu’il y a plus d’un siècle le prince Roumain de deux Principautés, Alexandre Ioan Cuza, a bénéficié de l’aide de la France pour réaliser leur unification et l’émancipation de la tutelle turque. Ce n’est pas un hasard si le royaume de Roumanie a adopté le code Napoléon. Ce sont des preuves historiques incontestables. N’oublions pas non plus la participation de la mission militaire française conduite par le général Berthelot aux batailles sur le territoire roumain, durant la première guerre mondiale [...]. La langue française était parlée par les Roumains d’antan comme par ceux d’aujourd’hui... Je peux citer des noms de médecins qui ont bénéficié de l’influence française, devenus des noms de première importance dans le domaine de la médecine : Levaditti, Gheorghe Marinesco, Victor Babes [...]. Les Français comme les Roumains ont comme drapeau, un drapeau tricolore, le même ciel nous réunit; ne laissons plus jamais les nuages assombrir ce ciel et la joie de nous sentir proches».

Ces mots expriment les sentiments d’un homme lié profondément à la France.

## souvenirs

Face aux épreuves qui ont marqué sa famille, lorsque l'un de ses fils, mon mari, Radu Filipescu, a été arrêté et condamné à dix ans de prison par le régime communiste pour avoir distribué des manifestes contre le dictateur Ceausescu, il a eu dans la personne de Jacques Chirac, de Jean Lassner, de Pierre Viars, et d'autres amis français, un soutien important. Ils ont fait connaître au monde le cas de Radu, ce qui a, sans aucun doute, participé à sa libération anticipée.

Les *Cahiers d'Anesthésiologie* ont été l'unique source d'information pour les anesthésistes roumains pendant une très longue période. Ils ne sont plus seuls. Ils ont une petite sœur roumaine : la *Revue d'Anesthésie et de Thérapie Intensive*. Elle est née après 1990 lorsque Zorel Filipescu a réussi à obtenir les fonds nécessaires à sa création. De tout cœur, nous leur souhaitons une longévité à toute épreuve.

Bon anniversaire M. Lassner et j'espère, comme mon beau-père avant moi, avoir, à l'occasion de réunions scientifiques Franco-Roumaines, la possibilité de recevoir de nombreux anesthésistes français à Bucarest.



## Il y a déjà soixante ans

### **Claude Saint-Maurice**

Professeur, ancien chef de service du département  
d'anesthésie-réanimation chirurgicale  
Hôpital Saint-Vincent-de-Paul (Paris)

Rédacteur en chef des Cahiers d'Anesthésiologie de 1988 à 1997

Fellow of the Royal College of Anaesthetists

Chairman of Paediatric Anaesthesia – 1990 –1995

President of Federation of European Associations  
of Paediatric Anaesthesia 1993 – 1997

Ma première expérience anesthésique remonte exactement à soixante ans. J'avais douze ans. Nous étions en 1943, une douleur dans le ventre à droite, une température supérieure à 38°. Il n'en fallait pas plus pour que j'attende sagement au lit la venue du médecin et son diagnostic. Il passa dans la soirée. Il était rassurant et souriant. Après un examen minutieux, le docteur L. m'annonce qu'il s'agit d'une crise d'appendicite. J'apprends, en l'écoutant, que j'ai une fosse iliaque qui se

## anesthésie d’hier

défend et qu’il faut m’opérer. Cette nécessité ne m’enchanté pas ! Par contre elle était assortie de l’obligation de passer deux semaines au lit pendant lesquelles je vais avoir, pour toute contrainte, de supporter une vessie remplie de glace pour refroidir le mal dont je souffre. À la suite de quoi, le chirurgien m’opérera et m’accordera deux semaines supplémentaires de repos pour me remettre de l’opération. Je suppose le nombre de livres que je vais pouvoir lire...

À ceci s’ajoute, qu’en attendant l’opération, et à mon retour pour ma convalescence, je vais bénéficier de la seule pièce de l’appartement qui est chauffée !

Quinze jours plus tard j’entre donc à la clinique pour y passer la nuit avant l’opération. Le docteur L. passe me voir pour me dire que c’est lui qui va m’endormir. Il est suivi par le chirurgien, le docteur G., un homme grand et maigre, moustachu, l’air sérieux et pressé, qui, avec un sourire, m’annonce que j’ai la chance d’être opéré le premier, de bonne heure, et que c’est mieux. Le docteur vient me chercher à l’aube et me propose de monter au bloc opératoire à pied avec lui. En entrant dans la salle d’opération, j’ai un moment de doute quand une infirmière me félicite pour mon courage, me demande de m’allonger sur la table d’opération et fixe mes deux bras sur des appuie-bras pour, dit-elle, que je ne tombe pas quand je dormirai. On me présente alors un curieux appareil composé d’une boule et d’un entonnoir métalliques surmontés d’un sac fripé de couleur chamois. Le docteur me demande de respirer profondément et rapidement pour essayer de gonfler le ballon. L’arête de l’entonnoir appuyant sur la racine de mon nez me fait mal. Cela ne durera pas et très rapidement j’ai la sensation d’être entouré d’un essaim d’abeilles. J’entends le médecin m’exhorter à respirer profondément et je sens ses mains qui serrent mon visage puis je perds conscience, mais j’entends cependant des bruits métalliques ressemblant à des couverts qui s’entrechoquent. C’est alors que je sens que l’on me met un liquide froid sur le ventre et je suis saisi de la peur panique



## souvenirs

d'être opéré sans être réellement endormi. Cette sensation disparaît. À un moment j'entends distinctement : « Stalingrad est le début de la défaite, mais je ne crois malheureusement pas que les Allemands soient à genoux ». Je me réveille peu après et je raconte les propos que j'ai entendus au chirurgien qui me répond, de façon laconique et légèrement agacée, « on parle toujours trop ». De cette expérience, je retiens le côté rassurant de la voix du médecin, et la banalisation de l'acte opératoire que représente pour moi le fait d'aller à pied en salle d'opération.

Ma deuxième expérience anesthésique eut lieu neuf années plus tard, alors que, reçu au PCB, je commence ma première année de médecine. Le chirurgien qui m'avait opéré lorsque j'étais enfant est devenu chef de service de chirurgie à l'hôpital Bichat. Il me propose de venir dans son service, ce que j'accepte avec joie. Je suis pris en main par un interne qui me conseille d'apprendre à faire des piqûres intraveineuses et, pour ce faire, me confie à des infirmières de salle d'hospitalisation qui me font venir tôt le matin pour prélever du sang pour les examens. Je passe le reste de la matinée sur des bancs en gradins qui entourent, dans une des salles d'opérations, la table où officie le chirurgien. Les anesthésies sont données par des infirmières ou des externes. Le matériel est moins rudimentaire que dans mon enfance, les masques sont en caoutchouc de même que les ballons et le tube annelé qui conduit à un bocal de verre. J'apprends qu'il s'agit d'appareils modernes provenant du surplus de l'armée américaine.

J'arrive, très rapidement, à maîtriser la technique de la prise d'un accès veineux. Je croise dans les couloirs l'interne auquel j'avais été confié et qui me propose de faire des anesthésies pour les curetages. Il me vante les mérites d'un produit injecté par voie veineuse : le thiopental « simplicité, efficacité et sécurité ». Dès le lendemain, je me trouve avec lui dans une salle obscure avec au milieu une table gynécologique et une lampe orientable qui tient plus d'une lampe de bureau

## anesthésie d'hier

montée sur une tige métallique que d'un éclairage à usage médical. Avant que la jeune fille de 16 ans qui doit être curetée n'entre, répondant aux questions que je me pose sur la façon de pratiquer le geste que l'on me demande, il me confirme qu'il suffit de diluer le produit, de remplir une seringue et d'injecter le produit lentement en faisant compter la patiente. Celle-ci compte jusqu'à quarante et je me réjouis de voir que j'ai juste assez de thiopental puisque la seringue est vide avant qu'elle ne puisse énoncer 41. C'est alors qu'elle s'arrête de respirer et change de couleur ! L'infirmière, qui me surveillait du coin de l'œil, demande au garçon de salle d'aller chercher un obus d'oxygène avec un masque, un tuyau et un ballon. Je me trouve évidemment démis de ma fonction, conscient qu'un accident grave d'anesthésie vient de se produire mais heureusement sans suite. Je réalise qu'il vaut mieux ne pas brûler les étapes et décide de retourner à l'étude de l'anatomie et de l'histologie entre autres...

Neuf années plus tard, après deux années de service militaire, je me retrouve interne en chirurgie à l'hôpital d'Auxerre. Je compte alors faire une spécialité en gynécologie-obstétrique. Après une centaine d'accouchements et quelques forceps, je dois me rendre à l'évidence : je ne suis pas fait pour cette spécialité, les accouchements déclenchant chez moi un état d'angoisse que je n'arrive pas à surmonter !

Je retrouve alors un ami, le docteur J. Lebis, qui, ayant terminé le CES d'anesthésie -réanimation, me vante les charmes de cette spécialité. Il me conseille d'aller voir à Cochin le Dr E. Kern dans le service du Pr Merle d'Aubigné.

Je prends rendez-vous et me présente à M. Kern non sans quelques appréhensions.

Son accueil restera à jamais gravé dans ma mémoire.

Après quelques questions sur mon cursus, qui n'était pas, il faut le dire, très brillant, il aborde ma situation familiale et matérielle et s'engage à l'améliorer et à m'aider, me parle du

## souvenirs

fonctionnement du service et des exigences qui, aujourd'hui, paraîtraient difficilement supportables...

Je suis aussitôt séduit par la gentillesse et la simplicité de celui qui allait devenir, en 1962, le premier professeur d'anesthésie-réanimation chef de service de l'hôpital Cochin.

Il faut savoir qu'en 1960, les anesthésistes dépendent encore du chef de service de chirurgie. Ils sont soit assistants soit attachés, payés sur le budget de la chirurgie. Cette dépendance pouvait être plus ou moins pénible en fonction des caractères et des humeurs des chirurgiens. Les grands avantages de M. Kern étaient d'abord d'avoir reçu une véritable formation d'anesthésiste en Angleterre et d'avoir fait partie des Français qui avaient eu le courage de rejoindre la France libre. Il y avait donc entre le Pr Merle d'Aubigné et le futur Pr Kern un respect mutuel.

Cependant, je pus constater plus tard que le caractère fantasque du chirurgien aboutissait parfois à des interpellations indignes des qualités remarquables d'opérateur et d'enseignant de ce dernier. M. Kern minimisa toujours les remarques injustes qui pouvaient lui être faites.

Lors de mon premier contact M. Kern insiste sur la nécessité de ne pas me contenter d'une formation technique mais de lire beaucoup. C'est ainsi que je fais connaissance avec les *Cahiers d'Anesthésiologie*, revue créée en 1953, par E. Kern, J. Lassner et J. Valletta, tous les trois anciens de la France libre.

Six années après la création d'un enseignement de la spécialité en faculté, plusieurs centaines de médecins anesthésistes sont déjà formés, et un cours supérieur d'anesthésie publié sous la forme d'*Acta de l'Institut d'Anesthésiologie*, sous la direction du Pr Moulouquet, permet de préparer le certificat d'études spéciales d'anesthésie – examen qui va perdurer jusqu'à l'internat qualifiant.

Cet enseignement est assuré par vingt-trois personnes dont dix ne sont pas anesthésistes. Parmi ces enseignants se

## anesthésie d'hier

trouvent de futurs professeurs de rang A, E. Kern, J. Lassner et le plus jeune G. Vourc'h, formé en Angleterre et heureux rescapé des commandos des fusiliers marins du commandant Kieffer, qui entre en 1954 dans le comité de rédaction des *Cahiers d'Anesthésiologie*. La même année il publie son premier article dans les *Acta de l'Institut d'Anesthésiologie* (N° 2; 5 -31) sur un sujet polémique: l'hypotension per-opératoire par l'hexaméthonium, sujet choisi au même moment par E. Kern pour une publication dans les *Cahiers*. En 1952, J. Lassner avait publié avec Aboulker «La diminution du saignement par la technique de l'hypotension contrôlée dans la chirurgie des organes pelviens – N° 10/11 *Mémoires de l'Académie de chirurgie*» et «La diminution du saignement par la technique de l'hypotension contrôlée». Cette technique sera l'objet de soixante-douze observations dont quarante-cinq en chirurgie pelvienne, article paru dans le Tome IX N° 3, septembre, d'*Anesthésie Analgésie*.

Pour ma formation, je suis, ainsi que Maud Kahn, intégré dans l'équipe Kern, composée de Mmes Echter, Hartung, Meary et Vincent-Espinasse, qui nous confient pour «évaluation» des gestes très simples; puis très rapidement on nous laisse «sous surveillance» réaliser des actes essentiels, fondamentaux. Toute nouvelle acquisition nous est expliquée avec une extrême gentillesse et sans manifestation d'agacement. J'ai la chance d'aider assez souvent M. Kern et m'aperçois rapidement de ses difficultés à effectuer certains gestes simples, tels qu'un abord veineux, en raison d'une myopie extrême. Il se sert essentiellement de la palpation ce qui limite ses possibilités et n'hésite pas à demander de l'aide à ses assistants dès lors qu'il les juge compétents. Le fait d'effectuer ce qu'il demande est en soit une leçon. Tous nos actes doivent être justifiés, expliqués et nous devons préciser le type d'anesthésie que nous choisirions si nous étions seuls. La salle d'anesthésie, contiguë à la salle d'opération, où le patient était anesthésié et préparé à son installation sur la table d'opération, était le lieu privilégié pour apprendre. Le

## souvenirs

futur opéré pouvait être descendu suffisamment longtemps à l'avance pour que le stagiaire prépare tout ce qui était nécessaire et, suivant son niveau, participe directement ou assiste à tout ou partie de l'anesthésie et de la mise en condition du futur opéré. Cette pièce servait également de réserve pour les médicaments, solutés de perfusion et matériels de base tels que sondes d'intubation, tuyaux, circuits... Cette formation méthodique permettait de savoir si le stagiaire pouvait travailler seul ou s'il n'était pas encore autonome. Dans le premier cas, on pouvait envisager de lui confier des gardes.

Je découvre, à la lecture des *Acta*, des noms tels que ceux de du Cailar, qui fait de Montpellier une des universités où l'anesthésie prend une place prépondérante, P. Jolis, M. Cara, G. Delahaye, Gauthier-Lafaye, P. Huguenard, J. Passelecq, L. Lareng, L. Serre, qui tous contribuent à l'extraordinaire vitalité de l'anesthésie française.

Malheureusement, très rapidement, vont s'affronter les « pragmatiques » attachés à l'anesthésie « équilibrée » qui dominant dans les pays anglo-saxons et ceux qui vont chercher à intervenir sur les modifications physiologiques et métaboliques induites par l'agression en particulier chirurgicale. C'est ainsi que J. Bimar, M. Cara, J. du Cailar, M. Sabathié, H. Vignon, R. Deleuze, P. Huguenard, P. Jaquenoud, E. Simon, J. Chopin lancent en 1959 une nouvelle revue, les *Annales de l'Anesthésiologie Française*, concurrente non pas des *Cahiers d'Anesthésiologie*, mais d'*Anesthésie Analgésie*, revue de la Société d'anesthésie.

Le succès de cette nouvelle revue fut rapide, et la création de l'Association des anesthésiologistes français va inscrire dans les faits une nouvelle école d'anesthésie. Une quatrième revue avait déjà vu le jour : c'est la revue *Agressologie* de Laborit.

Ce qui les oppose est pourtant nettement moins important qu'il n'y paraît. C'est plus le résultat de personnalités fortes qui jouent le rôle d'amplificateur que la doctrine. Tous ont

## anesthésie d'hier

pour objectif de diminuer les risques anesthésiques et d'assurer la sécurité et le bien-être du patient. Seuls différents moyens pour y parvenir. Ainsi l'emploi de techniques potentiellement dangereuses et difficiles à gérer se trouve aussi bien chez les uns que chez les autres. Le recours aux ganglioplégiques pour diminuer le saignement n'a rien à envier dans ce domaine à la neuroplégie ou aux différents mélanges porteurs du nom de code... Ce qui ressort est peut-être plus un emploi irraisonné de produits utilisés, en particulier des analgésiques centraux et des neuroleptiques : ceux-ci, à posologie démoniaque, aboutissent à une analgésie totale, sans perte de conscience vraie, situation bien décrite par certains patients. À cela s'ajoute la nécessité de recourir systématiquement, soit à la ventilation artificielle qui peut également conduire à une suite opératoire plus simple pour certaines interventions majeures mais qui n'est pas nécessaire pour la majorité des actes chirurgicaux, soit au recours aux antagonistes avec évidemment une analgésie post-opératoire de mauvaise qualité et un risque de dépression respiratoire secondaire. Ce « court-circuit mental » a touché une grande partie de la profession pendant près de dix ans jusqu'et y compris chez les « pragmatiques ».

Le développement de l'anesthésie régionale prônée par E. Kern et J. Lassner va trouver des adeptes dans les deux fractions. Les techniques d'anesthésie utilisées en orthopédie, ayant obtenu l'agrément de M. Kern, étaient la rachianesthésie et les anesthésies régionales intraveineuses du membre supérieur et du membre inférieur, cette dernière étant exceptionnellement utilisée compte tenu des volumes très importants d'anesthésiques locaux qu'il fallait employer. En urologie, M. Lassner, aidé d'E. Guillerat qu'il avait formé, avait fait de l'anesthésie péridurale le principal mode d'anesthésie utilisé dans cette spécialité. Un des principaux avantages de « la péridurale » était la qualité de l'analgésie post-opératoire obtenue grâce à des réinjections ou à une perfusion de lignocaïne à faible concentration.

## souvenirs

Dans le domaine de l'anesthésie régionale MM. Kern et Lassner étaient aussi des précurseurs. À ces deux unités phares, il convient d'ajouter celle de la chirurgie générale du Pr Leger où travaillait Mme Lande aidée de S. et Cl. Clot ainsi que Nicole Jude.

Outre l'enseignement pratique qui assurait l'essentiel de la formation des futurs spécialistes, existaient les deux maternités où l'anesthésie était confiée à des sages-femmes. Elles avaient le certificat d'auxiliaire d'anesthésie dont la formation, qui durait une année, était assurée par des cours à l'ancienne faculté de médecine et des stages dans des services considérés comme formateurs. À l'enseignement pratique s'ajoutait un enseignement théorique propre à l'hôpital Cochin sous forme de conférences cliniques d'anesthésie et de réanimation qui traitaient de questions d'actualité et de cas cliniques. Elles étaient suivies de discussions générales parfois « animées » car les participants venaient de différents horizons. J'en veux pour preuve la conférence en 1959 du Révérend Père M. Oraison invité pour parler de l'euthanasie. L'orateur donna aux *Cahiers d'Anesthésiologie* un texte publié en 1960 qui pourrait être republié en 2003 avec la discussion de l'époque. Quarante ans plus tard ce texte est toujours d'actualité.

L'étude critique des appareils de respiration artificielle faite la même année par M. Cara est intéressante. Dans beaucoup de cas, ces appareils étaient loués à la journée. À Cochin, l'unité d'anesthésie en orthopédie ne possédait alors qu'un RPR. Il en est de même pour la surveillance peranesthésique. Les cardioscopes ne sont qu'au nombre de trois et la surveillance de la pression artérielle se fait avec un tensiomètre manuel. La fréquence cardiaque se calcule au pouls sur quinze secondes, trente secondes ou une minute. La « qualité » du pouls, la coloration des muqueuses, l'auscultation des poumons et du cœur prennent une place importante dans la surveillance de l'opéré de même que le temps de recoloration du tissu sous-unguéal. Et pourtant un

## anesthésie d'hier

colloque est fait sur les problèmes posés par le développement de l'appareillage en anesthésie. Le problème est toujours d'actualité à ceci près que plus de 70 % des possibilités offertes par les moniteurs ne sont jamais utilisées !

La pharmacopée anesthésique était dans les années soixante réduite à sa plus simple expression. Les anesthésiques administrés par voie inhalatoire étaient le protoxyde d'azote, l'éther, le Vinéther et le cyclopropane. Pour l'anesthésie intraveineuse le thiopental n'a pas de concurrent. Au niveau des curares, le d-tubocurarine et la gallamine synthétisée en France par Bovet, accessoirement l'Auxopéran, curare obtenu par méthylation d'un alcaloïde voisin de la d-tubocurarine qui n'a jamais réussi à s'imposer. La lidocaïne et la tétracaïne sont les deux anesthésiques locaux utilisés pour les anesthésies régionales. Seront disponibles, au cours des années suivantes, de nouveaux anesthésiques, curares et analgésiques centraux, l'halothane, l'acide gamma-hydroxybutyrique, l'hydroxydione, et le propanidide qui fut rapidement abandonné parce que trop irritant pour les veines malgré ses qualités proches de ce que l'on connaît actuellement avec le propofol ; l'alcuronium très proche de la d-tubocurarine. Deux nouveaux analgésiques de type morphinique dérivés de la péthidine vont être disponibles, le dextromoramide et la phénopéridine. À la fin des années soixante, on peut considérer que seuls deux produits ne sont pas seulement des améliorations de ceux qui existaient : la kétamine et le gamma-hydroxybutyrate de sodium. Ce dernier n'agissait malheureusement qu'au bout de dix minutes. Par contre la kétamine aurait dû être à l'origine d'une série de substances utilisées en anesthésie comme l'ont été les benzodiazépines. L'utilisation de neuroleptiques et des phénothiazines aurait peut-être mérité le développement de nouvelles molécules.

En 1960, l'anesthésie est un acte médical que peut donner tout médecin, coté dans la nomenclature de la Sécurité sociale. Cet acte peut également être réalisé par du personnel



## souvenirs

paramédical sous la responsabilité d'un médecin. À cette époque, la majorité des anesthésies ne sont pas données par du personnel qualifié. En 1966, la spécialité est reconnue. La porte est donc ouverte à la nomination de nouveaux professeurs qui avait déjà commencé en 1962. Sont nommés entre autres à Paris les Prs E. Kern, J. Lassner, P. Huguenard, G. Plouvier-Delahaye, C. Guilmet, J. Passelecq, N. du Bouchet, P. Viars, etc... Rien ne s'opposait plus alors à la création de services. De même pour le personnel paramédical de nombreuses écoles vont voir le jour : la première dans la région parisienne fut l'école de Saint-Germain-en-Laye. Les écoles ne dépendaient pas de la faculté de médecine, mais devaient avoir un directeur scientifique de rang A spécialisé en anesthésie-réanimation.

Lorsque l'on accepte de se retourner vers le passé, ce qui n'est pas toujours positif, il apparaît que notre spécialité a fait preuve à ses débuts d'une vitalité exceptionnelle. Le petit groupe qui a relevé le défi en premier a permis aux générations suivantes de rendre possible le développement de la chirurgie et de la réanimation puis de se lancer dans la recherche clinique d'abord, scientifique ensuite, avec les résultats que l'on connaît.

Il nous reste un chemin à parcourir pour rattraper les spécialités qui nous ont précédés. Je pense en particulier à la radiologie qui a su passer de l'imagerie à la radiologie interventionnelle, place que leur envient bon nombre de chirurgiens qui n'y ont pas cru.

Au cours des vingt-cinq dernières années de mon activité anesthésique l'évolution des conditions d'exercice de la spécialité a été complètement modifiée tant dans le domaine diagnostique que thérapeutique. Le nombre de produits dont la spécialité bénéficie actuellement a été multiplié par plus de trois. Le développement des moyens de surveillance fait qu'actuellement tout anesthésiste dispose de plus de matériels que le chercheur qui travaillait dans une unité de recherche, il y a trente ans. La grande révolution qui a permis cela est

## anesthésie d'hier

évidemment celle de l'informatique. Les progrès sont loin d'être terminés: mais ceci n'est obtenu qu'au prix d'une plus grande complexité de l'environnement professionnel qui induit d'autres risques. Les connaissances que l'on sera en droit d'exiger d'un anesthésiste-réanimateur vont encore s'accroître. Peut-être sera t-on obligé de créer des spécialistes dans la spécialité, comme cela s'est vu, le siècle dernier, dans la chirurgie.

## Vive la Pologne libre\*

Au nom des anesthésiologistes polonais

**W. Jurczyk**

Professeur, MD PhD, parrain pour le doctorat honoris causa

**A. Nestorowitz**

Professeur, MD PhD, président de la Société  
polonaise d'anesthésiologie

**Z. Rondio**

Professeur, MD PhD, éditeur-en-chef  
de la Revue polonaise d'anesthésie-réanimation

Le professeur Jean Lassner est connu des anesthésiologistes polonais depuis de très nombreuses années, en particulier de ceux qui, dans les difficiles années d'après-guerre, ont eu le privilège de parfaire leur formation en

---

\* Le titre de ce texte est extrait d'une phrase « dite en polonais » par J. Lassner lors d'un congrès en Pologne.

## anesthésie d'hier

France et en particulier à Paris. Sa grande sympathie pour les Polonais lui a valu, il y a vingt-cinq ans, le soutien total de la Société polonaise d'anesthésiologie (Pr A. Aronski et Pr W. Jurczyk), lors de la réunion constitutive de l'Académie européenne d'anesthésiologie (AEA).

Jean Lassner a marqué de façon définitive l'histoire de l'anesthésiologie. Non seulement il a été le fondateur de l'AEA et l'a défendue contre vents et marées, mais il a aussi soutenu de nombreuses sociétés nationales, en particulier la nôtre. Les *Cahiers d'Anesthésiologie*, dont il est un des fondateurs, ont été pour nous, pendant longtemps, une précieuse source d'information sur l'anesthésiologie française.

En reconnaissance aux efforts de Jean Lassner pour permettre à nos médecins de rencontrer des collègues d'autres pays européens, la Société polonaise d'anesthésiologie l'a élu parmi ses membres d'honneur. De même, l'université de Poznan, par l'intermédiaire du Pr W. Jurczyk, alors sénateur de l'AEA, lui a conféré le grade de Docteur *honoris causa*.

Jean Lassner est ainsi devenu un des rares professeurs d'anesthésiologie étrangers auxquels ce titre a été décerné en Pologne.

Les anesthésiologistes polonais lui vouent une grande reconnaissance pour l'aide qu'il leur a constamment apportée. Il est regrettable que certaines de ses idées n'aient pas trouvé l'écho qu'elles méritaient. L'élévation du niveau professionnel et scientifique de l'anesthésiologie européenne, notamment par l'examen du diplôme européen de notre spécialité, restera définitivement attachée à son nom. De ce fait il prend place parmi les grands pionniers de l'anesthésiologie.

Cher professeur Lassner, nous vous souhaitons de passer encore de nombreuses années de vie au sein de l'anesthésiologie européenne.

## Un ami de la francophonie

### **Marie-Claire Antakly**

Professeur, chef du département d'anesthésie-réanimation  
Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, Liban

L'hommage rendu à Jean Lassner, ce grand savant, coïncide pratiquement avec le rendez-vous du IX<sup>e</sup> sommet de la Francophonie pour laquelle il a tant œuvré. Il a été l'un des pionniers de l'anesthésiologie française et compte parmi ses élèves des médecins libanais, dont moi-même et je n'en suis que plus fière. Le Pr Lassner, que j'ai connu grâce à son ami le Pr E. Kern, a été pour nous tous un exemple de rigueur, une école et un modèle.

Il a toujours été visionnaire dans son approche de la spécialité, faisant déjà de l'algologie bien avant la création des centres de la douleur.

Il a toujours veillé à nous apporter son aide et à nous offrir, grâce à la revue dont il était le rédacteur en chef, une précieuse tribune pour faire rayonner les progrès et les

## anesthésie d'hier

performances dans ce domaine si dynamique de l'anesthésie et de la réanimation. L'enseignement de ce grand clinicien anesthésiologiste aura été la base solide de notre formation.

Je souhaite longue vie et bonne santé au Pr Lassner dont le souvenir demeure toujours aussi vivace en moi.



Jean Lassner, 7 mai 1993, faculté de médecine. Paris  
80<sup>e</sup> anniversaire

## Un provincial à Paris

**Henri Bricard**

Professeur, chef du département d'anesthésie-réanimation,  
CHU Caen

Qu'est-ce qui avait bien pu conduire le jeune externe de province que j'étais à « monter » à Paris fin 1964 pour se spécialiser en anesthésiologie ?

Certainement pas son médecin de famille qui ne voyait vraiment pas l'intérêt que pouvait présenter ce « métier de femme ». Il faut dire qu'au fond du bocage normand, éther et chlorure d'éthyle ne semblaient plus avoir de secrets pour lui depuis bien longtemps. Je n'ignorais pas son expérience, moi qui, à l'aube de ma huitième année, pieds et poings liés sur un solide siège en bois, avait eu l'immense privilège de voir disparaître mes amygdales après avoir respiré très fort dans un masque de Camus habilement manipulé par ses soins. Quel souvenir inoubliable d'un de ces passages semestriels de l'oto-rhino-laryngologiste venu de la ville, son *sludder* à la

## anesthésie d’hier

main et qui à chaque séance «venait débarrasser» une fois pour toutes de leurs angines une douzaine de jeunes de mon âge qui n’avaient rien demandé à personne... Que de cris et de sang éclaboussé dans la salle à manger du médecin, transformée en salle de surveillance post-interventionnelle et où les «victimes» jonchaient le sol, côte à côte, suçant avec avidité les glaçons distribués à titre antalgique par l’épouse du docteur jusqu’à ce que leur «aptitude à la rue» soit reconnue et qu’ils soient remis aux bons soins de leurs parents respectifs. Qui sait si, une quinzaine d’années plus tard, ce souvenir «cauchermardesque» n’a pas été pour quelque chose dans un choix encore loin d’être évident à cette époque? Peut-être... mais, je pense que ce choix reposait surtout sur l’exemple des quelques rares aînés qui avaient décidé avant moi d’embrasser cette toute nouvelle spécialité de la médecine et qui semblait pleine d’avenir. Tout au long de mon cursus, au bloc opératoire, j’avais eu le loisir de les voir piquer, perfuser, intuber, ventiler dans des spécialités diverses allant de l’orthopédie à la chirurgie thoracique, en passant par la chirurgie digestive et même la neurochirurgie, sans oublier l’efficacité de leurs interventions ici ou là dans l’hôpital et particulièrement aux urgences. Je fus impressionné par leurs solides connaissances médicales et j’enviais la parfaite maîtrise de leurs gestes dans la prise en charge des patients qui leur étaient confiés et ceci, il y a quarante ans, avec des moyens encore bien limités. Merci à eux, par leur exemple, de m’avoir encouragé et soutenu pour me lancer dans une aventure passionnée et qui se révélera chaque jour un peu plus passionnante mais qui aujourd’hui, bientôt arrivera déjà à son terme...

Ainsi, en 1964 ma décision était prise et bien prise et je m’inscrivis alors au certificat d’études spéciales d’anesthésiologie à la faculté de médecine de Paris. Le 4 novembre, comme on me l’avait demandé, je me présentai à sept heures trente dans le service de chirurgie digestive du docteur Hepp à l’hôpital Bichat. C’est dans ce service, sous la houlette des



## souvenirs

docteurs Raymond Alluaume et Françoise Jacquin, que je devais accomplir ma première année de formation. Et pourtant, ce matin-là, je ne pénétrerais pas en salle d'opération! En effet je fus immédiatement invité par mon maître de stage à me rendre au prestigieux hôpital Américain de Neuilly pour y surveiller, le plus attentivement possible, dans sa chambre, une sommité du monde médical parisien qui présentait une hémorragie digestive. Ma mission était de prendre et de noter la pression artérielle et la fréquence cardiaque, de vérifier la perméabilité et la production de la sonde nasogastrique, de relever tout événement anormal et d'informer téléphoniquement de toute aggravation. Un laryngoscope et une sonde d'intubation étaient disponibles au pied du lit, mais j'aurais été bien en peine de les utiliser... Fort heureusement, la journée se passa sans incident. Je dois avouer que mon moral fut très agréablement soutenu par de charmantes infirmières venant régulièrement prendre de «mes» nouvelles mais aussi par les échanges courtois que je pus avoir avec mon célèbre mais non moins sympathique patient. Si cette journée fut longue elle me permit cependant, en moins de douze heures, de faire la connaissance de plusieurs grands noms de la médecine venus s'enquérir de l'état de santé de leur collègue et ami en faisant fi de la pancarte «visites interdites» accrochée à la porte. Difficile pour moi de m'opposer à leur entrée lorsqu'ils avaient décliné leur identité, et je m'éclipsais discrètement dans le couloir à chaque visite après avoir donné quelques nouvelles. Aucun d'entre eux ne quitta la chambre sans avoir tenu à me remercier avant de prendre congé. Malgré tout, vers vingt heures, je fus vivement soulagé d'être relevé de mes fonctions sans que «mon» patient ne se soit aggravé. J'ignorais encore, alors, qu'il ne s'agissait là que d'un premier épisode d'un feuilleton qui ne manquerait pas de se reproduire à l'hôpital américain et ailleurs dans les mois à venir.

Dès le lendemain matin, enfin, je franchis pour la première fois la porte du bloc opératoire flanqué de l'étiquette

## anesthésie d'hier

«anesthésiste». La quasi-totalité de mes journées, tout au long de cette première année, se passa dans une des trois salles d'opération d'un des services de chirurgie digestive les plus en renom de la capitale et réalisant quotidiennement toutes les interventions majeures de l'époque orchestrées de main de maître par les soins d'une surveillante chef de bloc remarquablement efficace et à l'autorité reconnue et incontestée par des opérateurs brillants mais néanmoins parfaitement disciplinés. Ceci explique peut-être cela...

Progressivement, mes collègues en formation et moi nous vîmes confier la surveillance d'interventions de plus en plus lourdes, surveillance essentiellement clinique à cette époque, les moyens de monitoring se résumant le plus souvent à un électrocardioscope à une seule piste et parfois à un pulsomètre sonore et lumineux! La ventilation peropératoire était le plus souvent manuelle (les pouces bien parallèles sur le ballon... sans faiblir au fil des heures...). En effet, l'unique «pulumoteur» artisanal conçu par les soins de notre maître de stage était le plus souvent réservé aux interventions les plus lourdes conduites sous son autorité personnelle. Le service avait une réputation dépassant très largement les frontières de l'hexagone en matière de chirurgie complexe des voies biliaires, c'est dire l'importance de son recrutement et la durée souvent prolongée des interventions lorsqu'il s'agissait de «réparer» des voies biliaires traumatisées ici ou là. Mais c'était aussi la grande époque de la chirurgie de l'hypertension portale et, si la transplantation hépatique n'existait pas, un des futurs pionniers en la matière, chef de clinique à l'époque, «collectionnait», tout au long du nyctémère, anastomoses portocaves et splénorénales... Et nous, nous transfusions en quantité le sang total en flacons de verre que nous allions souvent chercher nous-mêmes au centre de transfusion voisin et, comme ne manquait pas de nous le rappeler F. J., il ne fallait surtout pas oublier le «calcium» pour compenser les effets du citrate. Merci à elle pour les sandwiches qu'elle nous faisait porter quand le

## souvenirs

programme se prolongeait dans des plages additionnelles non rémunérées ni récupérées...

À cette époque, l'arsenal des médicaments de l'anesthésie était limité. Il y avait le thiopental, quelques neuroleptiques (diéthazine, chlorpromazine, dropéridol) mais surtout le gamma hydroxybutyrate de sodium qui se révéla, pour moi, dans le contexte de ces malades fragiles, ictériques, volontiers insuffisants hépatiques et rénaux un médicament pourvu de qualités indiscutables mais qui, malheureusement, n'étaient et ne sont toujours pas reconnues par tous. Les plus anciens se souviendront des querelles de clocher qui agitaient le petit monde de l'anesthésie à l'époque. Les analgésiques se limitaient essentiellement à la morphine et à la péthidine, les curares à la succinylcholine, et à la d-tubocurarine ou la gallamine. Quant aux anesthésiques locaux disponibles, procaïne et lidocaïne, ils étaient utilisés essentiellement en perfusion pour assurer analgésie et protection neurovégétative. Les salles de surveillance post-interventionnelle n'existaient pas et réveil et extubation devaient se faire sur table... parfois il faut bien l'avouer avec quelque retard.

Lorsque malgré tous nos efforts la maîtrise du réveil n'était pas parfaite, il n'était pas rare de faire appel au Dr M. Cara de Necker qui venait livrer avec son camion tôle Citroën un respirateur de type Engström pour ventiler le patient, sous notre surveillance, jusqu'à ce qu'il soit extubable ou transféré en réanimation et cela parfois, malheureusement pouvait durer... un certain temps.

Parallèlement à cette formation pratique à l'hôpital, il y avait la formation théorique dispensée sur deux années, la première année étant essentiellement consacrée aux bases de la physique des fluides, à la physiologie, à la pharmacologie des médicaments de l'anesthésie et aux techniques anesthésiques, la réanimation étant elle plutôt enseignée en seconde année. Les cours magistraux avaient lieu rue de l'École de médecine dans l'amphithéâtre Cruvelhier près de l'Institut d'anesthésiologie et nos maîtres étaient alors les

## anesthésie d'hier

Prs Ernest Kern, Jean Lassner, Guy Vourc'h, mais aussi bien d'autres qui ne m'en voudront pas de ne pouvoir les citer tous. Je ne voudrais pas oublier cependant les séances de travaux pratiques à Necker où M. Cara, P. Jolis et M. Poisvert nous disséquaient les appareils d'anesthésie et au terme desquelles manomètres, débitmètres, valves avec ou sans *rebreathing* n'avaient plus de secrets pour nous.

Le passage en seconde année était soumis à la réussite aux épreuves d'un examen théorique et pratique passé en fin de première année. De cet examen dépendait également le choix des sites des gardes qui devaient être obligatoirement et intégralement effectuées au cours de la seconde année pour pouvoir se présenter à l'examen national terminal du CES. Nous reviendrons plus loin sur les conditions dans lesquelles je fus amené à remplir ce contrat de gardes dans la banlieue Nord de la capitale.

La seconde année de formation m'amena à fréquenter plusieurs services. Tout d'abord celui du Pr Mollaret, le saint des saints de la réanimation médicale, à l'hôpital Claude-Bernard sous la houlette de J.-J. Pocard. C'est là où je me familiarisai avec les techniques de réanimation de l'époque et découvris entre autres les patients atteints de tétanos et ventilés sous curares mais aussi avec les toutes premières benzodiazépines. Combien enrichissantes étaient les visites dans le service, «pendu aux basques» des uns et des autres, mais passionnantes aussi les présentations de dossiers en amphithéâtre par le Pr Mollaret lui-même ou les membres de son équipe.

Je retournai ensuite en anesthésie à Lariboisière dans le service de neurochirurgie du Pr Houdard. Mon maître de stage était alors le Dr Geneviève Laborit, femme d'une extrême gentillesse qui me fit découvrir le monde de la protection neurovégétative, de l'hibernothérapie et me confia les recettes de tous ses cocktails destinés à protéger le cerveau. Je ne fus guère «dépaycé» car là aussi le gamma OH (et pour cause) était très largement utilisé. Je me familiarisai

## souvenirs

avec la traumatologie crânienne grave mais aussi avec la neurochirurgie des tumeurs, des malformations vasculaires, la stéréotaxie et bien d'autres choses... Je me souviens encore des matinées où dès sept heures du matin on devait débiter l'hypothermie avec nombre de vessies de glace et surveillance étroite du thermomètre spécialement conçu à cet effet (sans se laisser surprendre et dépasser...). Je fus rapidement mis en charge des explorations radiologiques vasculaires et les opacifications radiologiques de l'aorte par voie postérieure, chez des patients en décubitus ventral, isolé à l'autre bout de l'hôpital, m'ont laissé des souvenirs impérissables.

Au terme de ce passage à Lariboisière, souhaitant me familiariser avec l'anesthésie en chirurgie infantile je partis à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Pr Barcat où j'eus la chance de pouvoir travailler sous l'autorité bienveillante du Dr Jeanine Ménard. À l'époque les évaporateurs calibrés d'halogénés n'existaient pas encore ou tout au moins nous n'en disposions pas. Ainsi l'anesthésie était-elle donnée à l'éther ou à l'halothane, voire aux deux en série, grâce à un barbotage savamment dosé et basé essentiellement sur la surveillance clinique, les doigts sur le pouls, le stéthoscope placé sur l'aire précordiale et en permanence aux oreilles, le tout sous ventilation manuelle au ballon. Bienheureux étions-nous les jours où nous pouvions disposer d'un scope. Il n'est pas inutile de rappeler que l'oxymètre de pouls ne sera disponible que vingt années plus tard! Outre cette activité principale en chirurgie infantile, je fus également amené au cours de cette période à faire un peu d'anesthésie « foraine » en ORL, en ophtalmologie, en maternité, bref de quoi goûter un peu à tous les risques du métier!

Quelle chance d'avoir pu bénéficier de cette diversité de formation lorsque je dus effectuer les gardes dont j'ai parlé plus haut. En effet dès la fin de la première année je fus affecté, pour ce contrat obligatoire avec l'AP-HP, à l'hôpital Franco-Musulman à Bobigny. La première difficulté était déjà de pouvoir s'y rendre et l'expérience m'avait rapidement

## anesthésie d’hier

prouvé que, si je voulais être à l’heure, le moyen le plus sûr, une fois sorti du métro, c’était encore la marche à pied! La garde du week-end commençait le samedi matin à huit heures et se terminait le lundi à la même heure. Quarante-huit heures dans un total isolement pour faire face aux aléas des urgences de toutes sortes (y compris en maternité) avec pour seul recours possible en cas de difficulté, les avis téléphoniques d’un médecin senior «attaché» pour Paris Nord et qui malheureusement ne pouvait guère se déplacer. Un autre médecin était lui «attaché» pour Paris Sud... En ce qui me concerne je n’ai jamais eu le loisir de connaître «mon attaché» au cours de ce semestre de gardes au «Franco». Que d’angoisses parfois... Fort heureusement sans trop de dommage pour les patients. Mais il faut dire que pour cette activité de garde, l’AP-HP nous rémunérait grassement : nous recevions en effet pour 24 heures de garde la somme forfaitaire de neuf francs mais néanmoins majorée de six francs par anesthésie donnée! C’est la panseuse de garde au bloc opératoire qui justifiait de notre activité sur le premier morceau de papier venu. En quittant l’hôpital, à la fin de la garde, il fallait présenter ce «chèque» à la loge du concierge qui nous rémunérait «en liquide» (non imposable) s’il vous plaît. N’était-ce pas Byzance? Fort heureusement au «Franco», la vie en salle de garde à cette époque était particulièrement tonique, ce qui me permet d’avoir conservé de cette période quelques souvenirs mémorables sur lesquels je ne m’étendrai pas.

À la fin de la seconde année avait lieu l’examen national terminal du CES d’anesthésiologie. Les épreuves écrites avaient lieu dans la bibliothèque de la faculté, rue de l’École de médecine, où nous devions plancher sur des questions de physiologie, de pharmacologie et d’anesthésie réanimation. Ainsi étaient tombées cette année-là, la pharmacologie de l’atropine, la physiologie du tubule rénal et l’anesthésie-réanimation du patient éthylique chronique! Ayant passé l’obstacle avec succès, j’étais devenu médecin anesthésiste et

## souvenirs

bon pour un service militaire de seize mois, terminé tout juste pour «embrayer» sur mai 68 et embrasser la carrière d'anesthésiste en qualité d'adjoint du cadre hospitalier temporaire d'anesthésiologie le 1<sup>er</sup> septembre 1968.

Merci à tous ceux et celles qui au cours de ces deux années m'ont communiqué leur savoir et donné des bases solides pour l'exercice de mon futur métier.





## Une sonde oui, mais pas n'importe laquelle !

**Jacques Berthier**

Anesthésiste-réanimateur – ancien assistant des hôpitaux de Paris  
Hôpital Foch, Suresnes

Ayant travaillé pendant dix ans avec Guy Vourc'h à l'hôpital Foch, je tenais à apporter mon témoignage sur celui avec qui j'ai appris à travailler.

À partir d'octobre 1949, je l'ai remplacé pendant un an lors de son stage en Angleterre. À son retour, nous avons tous profité de ce qu'il y avait appris. Les années de guerre n'avaient pas permis à la France d'échanges internationaux, l'anesthésie était une activité nouvelle. La garde des hôpitaux de Paris était « très foraine et ambulatoire ». Dans une même nuit, nous nous déplaçons de Beaujon à Bicêtre ou à l'Hôtel-Dieu, et de Tenon à Trousseau. Les urgences étaient très variées et le matériel très disparate. Nommé comme Assistant j'ai pu constater l'évolution progressive des gardes et le recrutement constant d'anesthésistes nouvellement formés.

## anesthésie d'hier

En 1957, lors d'un voyage à Munich, j'ai visité une salle d'opération «à l'allemande» avec, au centre, la table du professeur encadrée par deux tables où opéraient des assistants. Le professeur pouvait les contrôler à tout moment. Il y avait également une autre salle d'opération, avec un trou dans le mur qui laissait passer la tête du malade et dans laquelle l'anesthésiste prenait place, salle située à la pression atmosphérique. Dans celle où le chirurgien opérait, on pouvait ouvrir le thorax sans affaissement du poumon, une dépression correspondant à trois cents mètres d'altitude suffisait sans incommoder le personnel à maintenir le poumon à la paroi. Ce procédé fut rapidement abandonné. L'insuffisance respiratoire de l'ouverture du thorax était due plus à la respiration paradoxale par air pendulaire qu'au pneumothorax. Seule la respiration contrôlée par insufflation pourra éviter la détresse respiratoire souvent dramatique.

De nombreux problèmes restaient à résoudre pour permettre à la chirurgie thoracique d'opérer en toute sécurité: le problème de «l'ensemencement contralatéral», par exemple. Le poumon malade était en haut; les sécrétions riches en bacilles de Koch retombaient par gravité dans le poumon sain. L'intervention en position ventrale n'a pas été la solution. Elle n'était commode ni pour le chirurgien ni pour l'anesthésiste.

La sonde double permettant la ventilation et l'aspiration séparée des deux poumons a été un progrès notable. La sonde de Carlens, fabriquée en Allemagne, par Rüschi, permettait d'isoler le poumon sain du poumon malade, de ventiler correctement le poumon sain même si on laissait l'autre bronche ouverte et d'opérer les fistules broncho-pleurales. Vourc'h pour des raisons uniquement morales refusa de s'en servir.

Il a toujours eu la plus grande difficulté à reconnaître la moindre qualité aux Allemands. Il faut dire qu'ils étaient responsables de la dispersion de sa famille, de sa clandestinité, de son émigration et de celle de ses frères, enfin de la mort de

## souvenirs

nombreux camarades et de celle de son frère Jean tombé au champ d'honneur. Qui plus est, à Foch, le fils du directeur, Jacques Chevalier, terminait alors sa spécialité ORL dans l'hôpital. Il avait été condamné à mort, gracié en raison de son jeune âge, puis emprisonné plusieurs années pour avoir manifesté le 11 novembre 1940 avec les élèves du lycée Buffon à l'Arc de Triomphe! Refusant donc la sonde allemande, il proposa une sonde armée d'origine anglaise difficile à mettre en place et à l'y maintenir.

À cette époque, l'hôpital Foch disposait d'équipes de pointe dans beaucoup de spécialités. Un bloc unique et une seule équipe d'anesthésistes facilitaient les échanges entre les services. Le plateau technique était exceptionnel et performant, l'ambiance sympathique.

Pour Vourc'h, les connaissances n'étaient pas seulement pratiques, les connaissances théoriques étaient indispensables; la physique, la physiologie, la pharmacologie, la pathologie devaient être étudiées. L'anglais lui semblait obligatoire et il insistait beaucoup sur ce point. Comme il jugeait que, si l'on pouvait à peu près connaître la pharmacologie d'un produit, il devenait plus difficile de connaître les effets de plusieurs drogues employées simultanément. L'hypnose, l'analgésie, le relâchement devaient être obtenus par des produits spécifiques: il exigeait que ses élèves ne donnent qu'une anesthésie classique et simple, laissant aux autres les anesthésies fantaisistes et compliquées avec des drogues multiples.

Vourc'h bénéficia de l'expérience de tous et permit à tous de profiter de ses connaissances pour faire progresser la chirurgie et l'anesthésie. On peut citer à Foch:

- La neurochirurgie (Guiot, Rougerie): l'hypotension contrôlée, le traitement de l'hydrocéphalie
- La chirurgie réparatrice (Tessier, Rougerie): le traitement des craniosynostoses
- La chirurgie maxillo-faciale (Ginestet): l'intubation trachéale par voie nasale à l'aveugle

## anesthésie d’hier

- La chirurgie thoracique (Hertzog, Toty) : les fistules broncho-pleurales
- L’obstétrique gynécologie (Merger)
- L’orthopédie (Padovani)
- Le digestif (Mouchet)
- L’urologie (Küss) : les premières greffes de rein

Guy Vourc’h, c’est *la Petite Anna*, l’évasion, la France Libre, le débarquement, le Commando Kieffer, mais surtout c’est la Bretagne, Plomodiern, la Pointe du Raz, la presqu’île de Crozon. Dès que l’on sort de cet abri, on se trouve confronté avec les écueils et les courants du Raz de Sein et du Fromveur avec les risques de naufrage et de démâtage. L’anesthésie connaît aussi des risques pour lesquels on doit se préparer assidûment pour arriver à bon port.

Guy Vourc’h, grand breton, combattant courageux, pionnier de l’anesthésie, a beaucoup marqué ses élèves.

## France, j'aime ta tendre symphonie

Saint-Pierre-et-Miquelon – 1942

**Colette Lassner †**

Née Diamant-Berger  
Avocate

Engagée dans les Forces françaises libres

Petit village d'aspect normand qui s'étage au pied d'une colline aux pentes raides Saint-Pierre prend au soleil des nuances tendres jaunes et roses. Seuls le vert de ses champs et le bleu intense de la mer sont vifs et ardents. Le vent qui souffle au sommet des collines hulule sa plainte infinie vers l'océan, et les bruits humains ne parviennent plus des maisons, plus rien qu'un sol gris à peine recouvert par endroits d'une herbe rase et pâle. Des cailloux blancs de taille diverses accidentent la colline. Au sommet ce sont des rochers gris qui s'incrument dans le sol. En bas, le port tranquille berce ses navires au repos. L'île aux marins s'allonge, alanguie, flanquée de deux îlots ronds et nus auxquels on a donné des noms. Île verte, île aux pigeons...

## anesthésie d’hier

Mais dans la brume ou sous la pluie, tout devient gris à Saint-Pierre. Le port dont le signal meugle sans arrêt son avertissement, les maisons ternies et fermées, le sol mouillé et le ciel bas.

Terre-Neuve disparaît de l’horizon rapproché. De l’Île aux Marins, les contours deviennent plus flous et plus lointains et les passants se font plus rares ou plus pressés sur les quais et dans les rues du petit village mouillé. L’eau accomplit, inlassable, son travail mystérieux. Gazouillant dans ses sources frêles, stagnante et calme dans ses petits étangs tranquilles, elle rend aussi partout le sol humide et mou.

Les saint-pierrais ont une démarche caractéristique. Leurs pas sont rapides et raides. Ils se déplacent vite et en remuant le moins d’air possible. Habités au vent, à la neige et au froid, ils avancent, même dans le soleil, comme s’ils luttaient encore contre les durs assauts de leur long hiver. Les chiens, au contraire, oublient rapidement les rigueurs du climat. Ils se prélassent avec bonheur au soleil, jouent et se roulent sur le sol, et plongent inlassablement dans l’eau froide pour rapporter à leur maître le bâton qu’il leur a lancé. Il n’y a pas d’arbre, mais il y a des fleurs à Saint-Pierre : du muguet dans la montagne... Il n’est pas fleuri en mai, il le sera peut-être en juin... Quelques iris sauvages et des petites fleurettes blanches, sans parfum et sans nom... Mais le soir, sur la mer, la lune envoie sa ronde lueur. Dans un froid pur, le calme de la nuit s’attarde un instant. Des mâts élancés d’une goélette s’élève une chanson.

L’accordéon, gouailleur et triste, accompagne la voix du marin et le port écoute la musique de la mer. Silence des nuits douces, rumeur chantante du matin que le coq a fait lever, bruissante senteur du jour animé où les vaches meuglent quand se taisent les chevreux apeurés, j’aime votre vivante et tendre symphonie.

Quand le soleil a sombré dans son sommeil profond, quand l’étoile s’est levée brillante du bonheur de regarder la lune, quand les hommes fatigués se taisent, ayant couché leurs

souvenirs

bêtes, quand les yeux de maisons un à un se ferment, j'écoute,  
ô écoutez aussi passant égaré ou flâneur, j'écoute, immobile,  
le doux chant de la mer.



M<sup>me</sup> Lassner, M<sup>me</sup> Couremenos et M. Lassner





# **Hommages**



Dédicace du Général de Gaulle

L'air le Destour Jean Lasserre  
en témoignage d'admiration et d'affection.  
Son ami, son compagne  
5.5.64 J. de Gaulle.



hommages

### Témoignage de l'amiral Flohic

J'ai fait la connaissance de Jean Lassner alors qu'il venait de prendre ses fonctions de chef du service de santé de la marine de Saint-Pierre-et-Miquelon en mai de 1942.

Les corvettes de la France libre y faisaient une brève escale à l'issue de leurs escortes des convois transatlantiques. J'étais alors embarqué sur la Rosalys.

À Saint-Pierre Jean Lassner soignait les populations iliennes et les marins de la France libre qui en avaient bien besoin eu égard aux conditions de vie extrêmement éprouvantes des corvettes jusqu'en 1944.

La circonstance de l'opération du général de Gaulle en 1964 nous permit de nous retrouver. J'étais alors l'aide de camp du général.

Il échut au professeur Jean Lassner d'endormir et de réanimer son illustre patient, ce qu'il fit heureusement avec succès.

Depuis cette date, nous sommes restés très liés, Jean Lassner me faisant l'honneur et l'amitié de lui remettre ses insignes de Grand Officier de l'Ordre National du Mérite.

Outre son appartenance à la France libre qui est une distinction en elle-même, sa Croix de Commandeur de la Légion d'Honneur, ses insignes de Grand Officier du Mérite, sa Médaille des Évadés, et celle des forces françaises combattantes sont amplement mérités par sa conduite durant la guerre, ses qualités et sa notoriété internationale de professeur d'anesthésiologie.

Suz Fours le  
12 juin 2002

Flohic

anesthésie d’hier

### **Cryptosensibilité**

Tous ceux qui connaissent Jean Lassner depuis longtemps, qui ont été ses élèves, ses collaborateurs, ses correspondants, ou tous ceux qui ont bénéficié de ses soins, tous ceux qui ont entendu ses conférences ou lu ses articles scientifiques, vous parleront de ses qualités de sérieux, de rigueur, d’intransigeance dans la qualité et le devoir ou bien vous feront admirer sa grande érudition, sa culture et sa science, son sens didactique, son ardeur et son endurance au travail.

Alors pourquoi vous le redirais-je, mais laissez-moi plutôt évoquer son inapparente réelle gentillesse, sa cryptosensibilité, son sens aigu de l’humour, aigu jusqu’à piquer beaucoup le plus souvent, son sourire enjôleur, sa fidélité même dans l’amitié, son honnêteté même dans la difficulté: un Honnête Homme, un Ami.

#### **Émile Benassayag**

Chef de clinique urologique et chirurgicale à la faculté  
Assistant des hôpitaux de Paris  
Attaché consultant d’urologie de l’hôpital Cochin, Paris

### **On pourrait dire bien des choses en somme!**

Anesthésiste, je le suis devenue,  
Car, après m’avoir sertie comme un «Diamant»  
Tel un «Berger» avec son «Collet»  
Tu m’as enseignée «façon Lassner».  
Merci de ton amitié et de ton affection  
Félicitations et meilleurs vœux  
à mon oncle Jean

#### **Kathlyn Collet**

Médecin anesthésiste-réanimateur, Paris

hommages

anesthésie d’hier

### **À mon maître Guy Vourc’h**

Un simple témoignage d’affection et de reconnaissance d’un de vos élèves, un de ces nombreux anesthésistes praticiens de base. Un élève de votre cher Pays, la Bretagne, mieux, de Plomodiern votre commune natale.

Au début, vous nous faisiez un peu peur, mais très vite sous la rude carapace, perçaient le sens de l’accueil, la générosité, l’écoute, la disponibilité qui nous mettaient à l’aise. Nous étions heureux dans votre service et nous partagions ce sentiment, nous Français, avec les élèves étrangers qui se retrouvaient heureux aussi parce que vous saviez les accueillir, chez vous, discrètement vous inquiéter de leurs problèmes matériels, de leurs soucis, de leurs conditions de vie, de leur logement.

Je respectais le grand professeur, ses titres, ses honneurs mérités, le médecin, le chef de service exigeant pour lui et pour les autres, juste dans ses jugements, généreux, proche de ses malades, et dont je me sens être un des fils spirituels. Vous nous avez tout appris, les techniques de notre métier bien sûr, mais aussi la rigueur, votre rigueur, celle du raisonnement devant un problème, celle du geste, car dans notre métier l’erreur ne pardonne pas.

Vous nous avez appris aussi que la technique n’est pas l’essentiel, et que, au-delà de l’acte chirurgical, il y a l’HOMME dans toutes ses dimensions, physique, affective, spirituelle.

**Georges Le Bourlot**

Médecin anesthésiste-réanimateur, Quimper

### **Histoire brésilienne**



## hommages

Voici l'occasion d'apporter à M. le professeur Jean Lassner mes remerciements et mon affection, lui qui a bien voulu m'accueillir dans son service et m'aider tout au long de ma vie professionnelle. Coordinatrice nationale d'un mouvement universitaire au Brésil au moment du coup d'État militaire en 1964, j'ai été arrêtée, mise en prison et destituée de mes droits civiques. J'avais néanmoins réussi à avoir mon doctorat d'État avant de partir du Brésil, dans des conditions bien particulières puisque, après être sortie de prison, j'étais sous surveillance policière.

Comme tant d'autres, un seul chemin, l'exil.

Je ne parlais pas la langue française et ne connaissais personne du milieu universitaire.

Mon diplôme brésilien m'a permis de m'inscrire à la préparation du doctorat d'université à Paris. J'ai fait la connaissance du professeur Jean Lassner à mon arrivée à Paris, en 1966 et il m'a encouragée à suivre la formation d'anesthésie-réanimation. J'ai dû également me présenter au doctorat d'État français, comme cela était exigé à l'époque. Comme pour ses autres élèves, j'ai bénéficié de ses conseils. Ainsi ai-je appris à avoir une pratique médicale rigoureuse, à respecter les malades et à avoir une éthique sans faille vis-à-vis de mes confrères.

En cet anniversaire, j'adresse tous mes vœux à mon maître, personnalité puissante, homme d'action, intelligence rigoureuse, qui fit, pour moi, de la France, une terre d'asile.

**Maria-Laly Meignan**

Chef du département d'anesthésie-réanimation, hôpital Sainte-Anne, Paris

**Histoire de deudeuche...**

## anesthésie d’hier

Cela se passait au printemps 1970 à Strasbourg. M. le professeur Gauthier-Lafaye, illustre patron de l’anesthésie-réanimation alsacienne, organisait le congrès national de la discipline. En effet en ces temps-là, le congrès était provincial. Parmi les personnalités françaises, figurait en bonne place le professeur Jean Lassner.

Parmi les gentils organisateurs figuraient les rares et très jeunes internes qui avaient choisi de se lancer dans une spécialité encore balbutiante car peu médicalisée. J’étais l’un d’eux. On m’avait confié la délicate mission d’accueillir et de conduire M. Jean Lassner de la gare à la faculté où se déroulait le congrès. J’étais à l’époque l’heureuse propriétaire d’une vieille deux chevaux Citroën dont la silhouette peu aérodynamique reste encore dans les mémoires. C’était, même à l’époque, un véhicule modeste pour transporter une telle personnalité. Une de ses particularités était l’absence de compteur d’essence sur le tableau de bord.

Vous imaginez la suite.

Je fis, sans préméditation aucune, le coup de la panne à un de mes maîtres !

M. Jean Lassner sut se montrer magnanime. Il n’hésita pas à me reconforter ce qui me permit de trouver de l’essence pour redonner de la puissance à mon véhicule et accomplir ma mission sans trop de dommage. Toutefois mon sentiment de honte avait été si vif qu’il est resté gravé dans ma mémoire.

### **Renée Krivosic-Horber**

Professeur, chef de service du département  
d’anesthésie-réanimation chirurgicale 1, Hôpital Roger Salengro – Lille

## Comment réparer un bras

## hommages

Jeune biologiste, j'ai eu le privilège, au début de ma carrière, de rencontrer le professeur Jean Lassner, et de devenir son correspondant. Nous avons eu une très longue période de collaboration. Son exigence de qualité et de rapidité dans les résultats qu'il attendait de notre laboratoire a été un stimulant inappréciable. Nous avons essayé de répondre le mieux à son attente et d'en faire profiter nos autres correspondants. À de multiples occasions, il nous a témoigné son amitié. Je ne peux oublier la rapidité avec laquelle il a organisé la réparation de la fracture d'avant-bras de mon fils cadet réalisée en moins d'une heure; de plus son anesthésie tronculaire a assuré une immobilisation sans œdème, sans douleur. Dans sa préoccupation constante de lutter contre la douleur, même dans les occasions minimales, il m'a appris à donner un jet anesthésiant local avant tout prélèvement veineux (avant l'ère des aiguilles indolores). Ce geste montrait en fait notre sollicitude envers nos patients et il a grandement facilité nos rapports avec eux.

Et dans cette longue histoire, il ne s'est jamais départi d'un solide sens d'humour. Au moment où l'on célèbre son anniversaire, il m'est particulièrement agréable de le remercier publiquement pour tout ce que je lui dois et lui dire toute mon amitié et mon admiration.

**Paul Thiaucourt**

AEHP, médecin biologiste, Paris

### **Beaucoup sont appelés, bien peu sont élus**

De même que beaucoup sont appelés et que seulement peu sont élus, beaucoup aspirent à enseigner et se faire considérer comme un « maître », mais seulement quelques-uns y arrivent.

Le Pr Lassner est un des rares qui, par son honnêteté, son savoir et ses capacités, mérite indiscutablement ce titre. Il a formé un nombre considérable d’élèves qui, aujourd’hui, peuvent proclamer avec une grande fierté qu’ils ont eu le privilège de bénéficier de l’enseignement d’un homme exceptionnel. Nous avons beaucoup appris sur la science et l’art de l’anesthésie-réanimation, grâce aux exposés et écrits, très vivants du fait de l’expérience et de l’esprit de ce maître. Aujourd’hui encore, alors qu’il a atteint le sommet d’une carrière longue et fructueuse, il nous apprend comment passer nos années restantes dans ce monde complexe et ingrat. Au moment opportun, le Pr Lassner a su augmenter la dignité de notre spécialité en s’attelant à la rude tâche de mettre sur pied l’Académie européenne d’anesthésiologie. Aujourd’hui, de nombreuses années ayant passé entre temps, nous pouvons nous sentir satisfaits et largement récompensés par son inspiration que nous avons eu la chance de voir matérialisée dans une structure remarquable, grâce à la compréhension et au soutien inconditionnel d’une poignée de « visionnaires romantiques » qui ont contribué à finaliser le projet, et cela à travers l’ensemble de la grande Europe. Cher professeur Lassner, maître, ami et gentleman très honorable, beaucoup d’entre nous ont tenté de vous imiter avec plus ou moins de succès. Mais il n’est pas facile de suivre votre exemple, en particulier votre dévouement, votre capacité de travail, votre dignité que seuls peuvent acquérir ceux qui passent de longues heures au service et à l’écoute des autres, en particulier des malades, des étudiants et des collègues cherchant conseil, votre famille enfin dont vous avez fait un exemple de comportement dans les moments difficiles.

## hommages

Que Dieu vous bénisse et vous apporte chaque jour de votre vie la calme assurance d'occuper une place à part dans le cœur de vos amis, et pas seulement leurs esprits, qui ne sont pas toujours capables de vous dire l'affection chaleureuse qu'ils vous portent et à laquelle ils associent leurs meilleurs vœux pour maintenant, pour toujours.

(Traduit de l'espagnol)

### **Miguel Angel Nalda-Felipe**

Professeur émérite de la faculté de médecine de l'université de Barcelone, Espagne

### **Dévouement, abnégation, amour...**

C'est un grand honneur pour moi d'écrire ces quelques lignes à l'occasion du quatre-vingt-dixième anniversaire de mon maître le Pr Jean Lassner. Cette occasion remue dans ma mémoire des souvenirs très lointains : mon séjour à Paris de 1973 à 1976 pour me spécialiser en anesthésie -réanimation et surtout mon passage en 1976 par le département que dirigeait le Pr Jean Lassner. Malgré ses nombreuses tâches au département, à la faculté ou à la revue «les Cahiers d'Anesthésiologie», il veillait toujours à ce que ses élèves bénéficient de la meilleure formation et du meilleur encadrement possibles de sa part et de celle de ses collaborateurs.

Il n'avait pas hésité à me confier un sujet de thèse que je voulais faire dans le domaine de l'anesthésie-réanimation, chose qui était impossible à réaliser en Tunisie à cette époque.

## anesthésie d’hier

Il était toujours soucieux et attentif à l’avancement de ce travail qui a été bien apprécié par les membres du jury de la faculté de médecine de Tunis. M. Lassner m’a inculqué le dévouement, l’abnégation et surtout l’amour pour ma spécialité malgré ses contraintes et ses difficultés. Il m’a inculqué aussi l’humilité, la modestie et la bonté de cœur que j’avais trouvées en lui tout le long de mon stage. Qu’il trouve dans ces quelques lignes l’expression de toute ma reconnaissance et tous mes respects pour l’homme qui a été un pilier et un promoteur de l’anesthésie-réanimation, non seulement en France mais aussi dans bien d’autres pays francophones.

Longue vie et bonne santé, cher maître.

### **Abdelmajid Daoud**

Professeur, chef de service d’anesthésie-réanimation

Président de la Société tunisienne d’anesthésie,

d’analgésie et de réanimation. Tunis

## hommages

### **Vénération!**

En novembre 1948, j'ai commencé un stage d'anesthésie-réanimation dans le service du Pr Merle d'Aubigné, à l'hôpital Foch, auprès des Drs Kern et Lassner. Sans eux, j'aurais abandonné ce métier tant l'ambiance à Foch m'a paru difficile. Le Pr Merle d'Aubigné m'intimidait, la panseuse, Madame Hugon, me terrorisait, les blessés, les brûlés en maxillo-facial surtout, qu'il fallait intuber, me paralysaient!

J'ai tout de même passé le certificat en juin 1949 – huit mois suffisaient à cette époque – puis le premier concours d'assistant d'anesthésie des hôpitaux de Paris en novembre 1951. Pendant dix ans, à la maternité Port-Royal puis à Baudelocque, j'ai pu appliquer la technique du «Penthotal-curare» aux césariennes comme le Dr Lassner me l'avait apprise à Foch. Après quelques années à Lariboisière, dans le service du Pr Morin, j'ai quitté, en 1965, l'Assistance publique pour aller travailler dans le privé, auprès de mon mari, le Dr Henri Bertreux en chirurgie orthopédique, puis avec le Dr Bloch à la clinique Saint-Pierre à Neuilly et auprès de quelques accoucheurs-gynécologues, puisque j'avais fait, aux dires du Dr Kern, «de l'urgence, une spécialité».

J'ai pris ma retraite en 1978 pour suivre mon mari dans le midi.

Durant toutes ces années, j'ai eu la chance d'avoir le soutien du Pr Lassner à qui j'ai bien souvent demandé conseil, aide et réconfort, dans les moments difficiles de ce beau métier d'anesthésiste. Je l'ai également appelé en «catastrophe» auprès de membres de ma famille à qui il a littéralement «sauvé la vie».

En plus d'une profonde et solide amitié, je lui voue une fidèle et affectueuse vénération.

#### **Marion Bertreux**

Médecin anesthésiste-réanimateur, Toulon

## **Un novateur, un ami, un maître**

Le Pr Guy Vourc'h se savait atteint d'un cancer. Entouré des siens, de ses amis, il a lutté avec courage et dignité. Une foi profonde et une espérance lui permettaient de livrer avec sérénité son dernier combat.

Le PATRON – il méritait cette appellation – était exigeant pour lui-même et pour ses élèves. Certains ont été rebutés par cette rigueur, parfois bougonne, de Guy Vourc'h.

Heureux sont ceux qui, comme moi, auront eu le privilège d'apprendre l'anesthésie avec lui, ont su vaincre leur timidité à son égard. Ils ont perçu l'homme qu'il était réellement: de grande culture, fidèle et respectueux de ses engagements, humaniste, généreux, sensible, aidant son prochain avec amour et sans ostentation.

### **Claude Winckler**

Professeur, ancien chef du département d'anesthésie-réanimation de Rouen  
Président de la Société française d'anesthésie et de réanimation (1982 – 1983)

## **Austère mais enchanteur...**

C'est en 1958, à l'occasion de mon stage à Paris, que j'ai fait la connaissance des Prs Jean Lassner et Guy Vourc'h, et que m'a été donnée la chance de travailler au sein de leurs équipes. J'ai découvert leur enthousiasme pour affirmer la position de l'anesthésiologie comme discipline médicale, tant en salle d'opération qu'en soins intensifs.

Le Pr Lassner a occupé une place prestigieuse pendant toute sa longue carrière. J'ai eu le privilège de constater de près ses grands efforts pour construire l'Académie européenne d'anesthésiologie. Celle-ci devait atteindre deux objectifs:

- contribuer à la formation d'anesthésistes de haute qualification dans l'ensemble de l'Europe et à l'encouragement de la recherche anesthésique;
- établir des standards européens de la pratique anesthésique.



# Épilogue



# Avenir de l'anesthésiologie

## **Philippe Scherpereel**

Professeur – chef du département d'anesthésie-réanimation  
CHRU de Lille

Président de la Fondation européenne  
d'enseignement en anesthésiologie

Membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie

Fellow of the Royal College of Anaesthetists

Président du Collège français des anesthésiologistes 1994 – 1998

Président de la Société française  
d'anesthésie-réanimation 1992 – 1993

Lorsqu'il m'a été demandé d'écrire ces quelques lignes pour rendre hommage au Pr Jean Lassner, j'ai pensé tout d'abord qu'il me serait extrêmement simple de trouver dans sa vie et dans son œuvre une illustration à rapporter en simple témoin, tant son activité a produit d'épisodes qui eussent mérité d'être racontés et d'initiatives d'être rappelées. J'ai eu l'honneur et la chance de participer, comme un certain

## anesthésie d'hier

nombre de collègues français et européens, aux rencontres qu'il organisait à Sarlat dans le cadre de l'Académie européenne. Chacune de ces rencontres, auxquelles participaient une dizaine d'anesthésistes européens, était l'occasion d'une réflexion sur un problème de la discipline dans une perspective d'avenir. Dans une ambiance détendue et amicale, chacun pouvait exprimer ses vues et ses pensées, loin du tumulte, dans ce Périgord qu'il affectionne tant. Plongés dans l'action, nous ne prenons pas toujours le recul nécessaire pour réfléchir et c'est un des grands enseignements du professeur Jean Lassner d'avoir suscité ces cercles de réflexion, qui ont marqué ceux qui ont eu l'avantage d'y participer. C'est dans cet esprit que je souhaiterais apporter ma contribution à l'hommage qui lui est rendu, en tentant d'esquisser une dissertation sur l'avenir de l'anesthésie-réanimation, étant entendu que ces propos n'engagent que leur auteur et qu'ils ne reflètent peut-être pas les vues de celui qu'ils souhaitent honorer.

Le thème général de cette réflexion est vaste et ambitieux puisqu'il n'est rien moins que l'avenir de l'anesthésie.

Trois facteurs semblent susceptibles de déterminer les progrès dans la spécialité qui pourraient venir des nouvelles découvertes pharmacologiques, des sauts technologiques, enfin de la meilleure utilisation des ressources, en particulier humaines, à travers une nouvelle organisation du travail et une amélioration de la formation.

### **Nouvelles découvertes pharmacologiques**

Les progrès de la pharmacologie ont été certainement les plus déterminants au cours de ces cinquante dernières années. Celles-ci ont donné lieu à des avancées plus décisives que les siècles précédents. La découverte de nouvelles familles d'hypnotiques, le développement des anesthésiques halogénés volatils, les morphiniques et les curares de synthèse ont jalonné ce dernier demi-siècle. Par rapport aux premières

## épilogue

molécules qui ont inauguré ces nouvelles classes thérapeutiques, les améliorations de leur pharmacocinétique comme de leur pharmacodynamique ont amené ces agents d'anesthésie-réanimation à un degré d'achèvement qui répond aux exigences d'efficacité et de sécurité. Les plus récents se distinguent des précédents par des avantages de plus en plus ténus pour un coût de plus en plus élevé. C'est probablement la raison pour laquelle au cours de ces toutes dernières années aucun agent véritablement novateur n'est apparu et qu'aucune molécule véritablement révolutionnaire n'est en voie de commercialisation.

Bien plus, les molécules-phares de la dernière décennie tombent les unes après les autres dans le domaine public, conduisant à une efflorescence de génériques, décourageant les laboratoires pharmaceutiques, les menant à se réorienter vers des secteurs plus lucratifs de la pharmacopée. L'anesthésie, longtemps soutenue par une dynamique de recherche, peut-elle être victime de sa réussite? Doit-on se résigner aux acquis pharmacologiques, à des progrès de détail, ou peut-on attendre la venue de nouveaux agents anesthésiques, vecteurs d'une nouvelle approche de l'exercice de la spécialité? Répondre par l'affirmative suppose aujourd'hui une certaine dose d'optimisme et cette affirmation, qui ne repose le plus souvent que sur des hypothèses, paraît aléatoire. Dans le domaine de l'anesthésie par inhalation, le xénon peut représenter l'une de ces voies d'avenir que des études cliniques et expérimentales, certaines déjà anciennes, peuvent laisser présager. Les arguments en faveur de son développement sont les résultats encourageants obtenus avec son utilisation et l'importance croissante des préoccupations écologiques, qui au terme d'une ou deux décennies peuvent condamner l'usage des halogénés en raison de leur effet délétère sur l'environnement de travail et la couche d'ozone, si tant est que leur responsabilité soit significative. En revanche, la rareté et le coût prohibitif du xénon empêchent actuellement l'extension de son usage. La

## anesthésie d'hier

découverte de réserves importantes au fond des mers, la mise au point de nouveaux procédés moins coûteux de séparation et de récupération du xénon expiré, la généralisation de l'utilisation des respirateurs en circuit fermé strict peuvent entraîner un abaissement des coûts et une augmentation importante de la production, à laquelle certaines branches de l'industrie sont également intéressées. Cette utilisation du xénon est-elle de nature à révolutionner notre pratique? Étant de ceux qui ont la possibilité de l'expérimenter cliniquement, il est clair que non, malgré la qualité de l'anesthésie et du réveil obtenus avec le xénon. Comparé aux agents actuels de l'anesthésie par inhalation, le progrès est certain, mais il est du domaine qualitatif, plus dans la continuité de ce qui existe que dans une rupture constituant une révolution des pratiques.

Si la pratique de l'anesthésie a atteint un certain degré d'achèvement, marqué notamment par la chute de la mortalité autour de 1/200 000 anesthésies, si la pharmacologie traditionnelle semble actuellement marquer le pas, d'où peut-on attendre des progrès significatifs au cours des prochaines années? Ces progrès sont nécessaires, car même moins dangereuse, l'anesthésie demeure la cause d'un inconfort périopératoire incluant pêle-mêle la mémorisation périopératoire, l'anxiété, la douleur, les nausées et vomissements postopératoires, comme autant d'effets indésirables, liés au manque de spécificité de la cible des agents anesthésiques actuels.

La réduction des effets secondaires des agents anesthésiques passe par une plus grande sélectivité de leur cible et, partant, d'une meilleure connaissance des mécanismes fondamentaux de l'anesthésie. Si les mécanismes moléculaires d'action de la morphine et ses récepteurs n'ont été découverts que dans les années 1970, alors que les vertus antalgiques de l'opium et du pavot sont connues depuis la haute Antiquité, la plupart des agents anesthésiques ont été mis au point et utilisés, avant même que leur mécanisme

## épilogue

d'action soit élucidé. Il est clair aujourd'hui que les progrès pharmacologiques ne peuvent venir que d'une meilleure compréhension des mécanismes moléculaires et fondamentaux de l'anesthésie. De nombreuses recherches, d'importantes conférences internationales sur les mécanismes de l'anesthésie, telles que celles inaugurées par Raymond Fink, à Seattle en 1974, ont permis de faire progresser nos connaissances des bases moléculaires d'action des agents anesthésiques sur les récepteurs, les canaux ioniques, ainsi que les mécanismes intracellulaires d'intégration. Plus notre connaissance de ces mécanismes progresse, plus les phénomènes apparaissent complexes et il devient évident que de nombreuses cibles physiologiques sous-tendent l'anesthésie générale, que les anesthésiques se lient à des sites spécifiques sur des protéines qui indiquent qu'une spécificité d'action est un espoir raisonnable.

À côté des mécanismes moléculaires d'action des agents anesthésiques, une part croissante de recherche devra être dévolue à la génétique, afin d'élucider pourquoi certains individus développent des réactions inattendues, l'exemple le plus connu étant l'hyperthermie maligne, mais surtout pourquoi et comment se manifeste une sensibilité aux agents pharmacologiques différente d'un individu à l'autre. De cette compréhension devrait découler une approche à la fois diagnostique, permettant de mieux comprendre des réactions sur des sites dont la structure dépend de l'équipement génétique de l'individu, et thérapeutique, en adaptant dans un premier temps les agents utilisés aux particularités génétiques connues et, dans une perspective futuriste, en modifiant les structures en cause. Nous sommes actuellement aux portes de la science-fiction, mais il est concevable que dans un futur plus ou moins proche, ces hypothèses conduisent à des applications pratiques. Cette prospective ne s'applique pas qu'à la seule anesthésie, et il est évident que dans le domaine de la réanimation les approches en matière de thérapie génique et immunitaire sont porteuses d'énormes espoirs, à la

## anesthésie d'hier

mesure des investissements consentis pour la recherche, même si les résultats sont encore souvent décevants. Dans ce domaine, comme dans d'autres, nous aurons fait d'énormes progrès lorsque nous aurons enfin compris pourquoi les individus sont différents.

### **Progrès technologiques**

L'amélioration de la sécurité anesthésique au cours des dernières années a été rapportée, pour une large part, aux progrès du monitoring des grandes fonctions, rendu obligatoire par les recommandations des sociétés scientifiques nationales, parfois même relayées par la loi, comme cela fut le cas en France. La fiabilité des technologies, la qualité des matériels ont fait des progrès indiscutables et contribué à des progrès qui sont maintenant derrière nous. C'est plus à l'application clinique de ces technologies qu'à leur découverte proprement dite que sont dus les progrès observés. En effet, les techniques d'oxymétrie, de capnométrie étaient connues dans leur principe de longue date, mais c'est le passage d'une technique de laboratoire à la diffusion de masse au lit du malade ou au bloc opératoire qui a constitué le progrès décisif. Il en est de même du monitoring hémodynamique, dont les progrès constants ont permis d'en faire un élément fondamental de la sécurité du patient. Les développements plus récents du monitoring de la fonction cérébrale par l'analyse bispectrale de l'électroencéphalogramme (BIS) et l'étude des potentiels évoqués procèdent d'une logique similaire d'application technologique, plus que d'inventions révolutionnaires. On constate une progression continue des matériels de plus en plus fiables et performants. Il en est de même des techniques de ventilation pulmonaire. De nombreuses expositions de matériels anciens d'anesthésie et de réanimation retracent l'histoire et les progrès technologiques que les plus âgés d'entre nous ont vu se dérouler sous leurs yeux. La qualité de la ventilation, la sécurité d'emploi liée à l'importance du



## épilogue

monitorage embarqué font que les ventilateurs actuels n'ont plus grand chose à voir avec les appareils anciens. Cependant, les principes de ventilation restent les mêmes, même si l'on a vu se multiplier les modes ventilatoires et si le circuit fermé a retrouvé l'attrait de ses débuts. Si un progrès récent dans ce domaine mérite d'être souligné, c'est l'apparition du Physio Flex® avec une conception entièrement nouvelle de ventilateur en circuit fermé exclusif, grâce à l'introduction de chambres de ventilation, d'une turbine générant un flux rapide, d'injecteurs électroniques d'halogénés et de filtre de charbon activé, permettant grâce à des analyseurs rapides d'assurer une anesthésie par inhalation à objectif de concentration.

L'évolution du monitoring hémodynamique, après une période marquée par les développements des techniques invasives, se tourne délibérément vers des techniques de moins en moins agressives et de plus en plus performantes. Les progrès qui semblent se dessiner pour les prochaines années, et dont certains, comme les dosages par des "chips" déportés au lit du patient, pour des mesures de plus en plus sophistiquées, sont en cours de développement clinique. Les nanotechnologies, les microdialyses implantées ne sont plus du domaine de la science-fiction mais connaissent les premières applications diagnostiques et thérapeutiques au stade expérimental. Le champ de leurs applications, dans des domaines encore quasiment vierges, comme la physiologie et la pharmacologie du cerveau, est immense. L'application massive de l'informatique à l'anesthésie et à la réanimation ne fait que débiter et les technologies d'asservissement, de transfert de données, voire d'intelligence artificielle donneront probablement lieu à de nouveaux bouleversements. Doit-on cependant en attendre une remise en cause fondamentale de l'essence même de la pratique de la spécialité? Probablement pas. La conséquence la plus prévisible de nouvelles étapes du progrès technique pourrait être paradoxalement une plus grande humanisation de l'acte

## anesthésie d'hier

médical de l'anesthésiste réanimateur qui, délivré de contraintes ancillaires, pourrait se consacrer davantage à l'écoute de son patient, à la réflexion sur les fondamentaux de la pathologie et de la maladie.

### **Une meilleure utilisation des ressources**

Alors que les progrès pharmacologiques et technologiques semblent marquer le pas, les nouvelles données de l'organisation du travail et de la protection sociale apparaissent les plus susceptibles d'influencer l'avenir de l'anesthésiologie. Même en se retournant vers un passé récent, il semble, à l'analyse, plus probable que les progrès dans la formation des médecins et des infirmières, l'application de standards et des recommandations de bonne pratique ont fait plus pour abaisser la morbidité et la mortalité anesthésiques que les avancées pharmacologiques et technologiques. En fait, l'ensemble était étroitement intriqué, les recommandations ne pouvant se mettre en place que parce que les progrès technologiques les rendaient possibles. Cette étape est désormais derrière nous, même si la formation, en particulier la formation continue, doit demeurer la préoccupation essentielle. Les éléments déterminants de l'avenir sont la réduction des moyens dévolus à la santé dans le cadre de l'économie des pays industrialisés, la raréfaction des ressources humaines et la réduction du temps de travail. De prime abord, l'ensemble de ces trois composantes semble devoir avoir un impact négatif sur la qualité des soins et l'avenir se déclinera en termes de récession. C'est bien sûr une possibilité, ce n'est certainement pas une fatalité. Les contraintes socio-économiques peuvent certes conduire à des régressions, elles peuvent aussi conduire à la recherche de solutions de progrès. Le développement de l'anesthésie ambulatoire est un exemple de telles solutions. Dans un pays comme les États-Unis, où les patients doivent assumer personnellement ou indirectement l'essentiel du

## épilogue

coût des soins, l'acte ambulatoire s'est révélé être un moyen efficace d'en limiter l'importance. À l'évidence, le développement de l'anesthésie ambulatoire a été moins rapide dans des pays comme la France, jouissant d'une protection sociale avancée, où la pression économique sur l'individu est moins forte. Un autre facteur essentiel pour l'avenir est la pression de consommation envahissant le domaine de la santé. L'impact négatif existe, mais les conséquences positives de l'implication du patient dans la délivrance des soins sont nombreuses et importantes, au nombre desquelles figurent l'information du patient, l'obtention de son consentement éclairé et la possibilité d'accès au dossier médical. Cette prise en compte de la personne porte en elle des modifications profondes, non seulement de la relation médecin-malade, mais aura des conséquences sur la qualité des soins.

Du point de vue de l'économie de la santé, il faut avoir une vision plus large des changements qui s'opèrent au niveau mondial. En effet, si les États-Unis reviennent d'environ 14 % de leur produit intérieur brut (PIB) consacrés aux dépenses de santé, les pays émergents ou les pays de l'ancienne Europe de l'Est voient croître ce pourcentage de 4 à 6 % du PIB vers des valeurs proches de 9 à 10 %, qui sont celles des pays de l'Union européenne. À l'intérieur de ces enveloppes budgétaires, de nouveaux équilibres apparaissent et l'argent consacré aux soins coûteux doit bien venir d'ailleurs et notamment de la réduction des dépenses d'hospitalisation. Pour certains économistes, la tentation a été forte de lier la réduction des dépenses de santé à la réduction de l'offre de soins, en clair du nombre de médecins. Le maintien du *numerus clausus* des étudiants en médecine, la réduction annoncée du nombre de spécialistes dans la plupart des disciplines pourraient le laisser croire. Les importantes disparités du nombre d'interventions et de spécialistes, non seulement d'un pays à l'autre, mais également d'une région d'un même pays à une autre, pourraient donner raison à ces

## anesthésie d'hier

brillants cerveaux, si l'allongement des listes d'attente ou des disparités dans l'espérance de vie des populations n'étaient pas là pour ramener aux réalités. Si les perspectives démographiques de la spécialité dans la plupart des pays du monde, et en France en particulier, ne doivent pas engendrer un catastrophisme irraisonné, elles imposent une réflexion pour en mesurer la portée et pour susciter les mesures permettant d'y faire face. Si la situation de la France avec une densité de quatorze anesthésiologistes pour cent mille habitants est actuellement légèrement au-dessus de la moyenne dans l'Union européenne, les études démographiques récentes rendent inéluctable une réduction de nombre des spécialistes de la discipline de huit mille cinq cents à environ six mille dans les dix ans à venir.

Partant d'une situation inégalitaire entre les régions, de 6 à 9/100 000 dans le Nord à 18/100 000 dans le Sud, tout laisse à penser que ce différentiel se maintiendra, voire s'aggravera, l'attractivité de meilleures conditions de travail s'additionnant à celle du climat. L'anesthésie étant un acte médical, il est exclu de rechercher des palliatifs dans le remplacement des spécialistes médicaux par des non-médecins, sauf à poser le principe d'une régression inacceptable. Il ne me paraît pas plus acceptable d'envisager l'importation massive de spécialistes venant d'autres pays, ce qui aurait pour conséquence d'anéantir les efforts faits pour la formation dans notre pays et de démunir en spécialistes des pays où la démographie médicale est déjà préoccupante, principalement du fait du niveau extrêmement bas des rémunérations. L'application sans précaution de la libre circulation des médecins lors de l'entrée dans l'Union européenne des pays de l'Est de l'Europe pourrait avoir des conséquences catastrophiques pour la situation sanitaire de certains de ces pays, déjà actuellement préoccupante. Il apparaît donc nécessaire de trouver en France même une solution à la raréfaction du nombre d'anesthésiologistes, déjà insuffisant dans certaines régions. Ils apparaîtront de plus en

## épilogue

plus dans les années qui viennent comme une ressource précieuse. Aux perspectives démographiques viennent s'ajouter les conséquences des mesures récentes sur la réduction du temps de travail, avec, plus encore que la diminution de la durée hebdomadaire de travail, l'application du repos de sécurité après les gardes, dans une discipline particulièrement concernée.

La situation est-elle pour autant sans issue? La seule solution crédible et applicable à un terme raisonnable est la réorganisation du travail. Dans bien des endroits, elle a déjà commencé, mais elle ne se fera pas sans l'abandon d'un certain nombre de féodalités. Cette réforme concerne à la fois l'espace et le temps. Elle suppose l'abandon ou la reconversion de toutes les structures non viables en raison de leur taille ou superfétatoires, consommant un nombre excessif de ressources humaines, pour une production d'actes insuffisante. Ceci implique des regroupements, non seulement là où existent des manques, mais aussi là où il y a des excédents relatifs. Cette restructuration ne s'applique pas seulement au niveau du pays, des régions, mais aussi des établissements, où le regroupement des sites d'anesthésie et de réanimation est loin d'avoir été réalisé partout. Une révolution quasi copernicienne du temps est nécessaire pour adapter l'activité au temps et aux ressources disponibles et non plus l'inverse, comme autrefois. La programmation des blocs opératoires, les tableaux de service s'imposent comme des nécessités, requérant rigueur et concertation. Il faudra sans doute faire tomber un certain nombre de tabous pour répondre à des questions aussi essentielles que: pourquoi, en pratique privée, parvient-on à effectuer deux fois plus d'actes avec deux fois moins de praticiens? Une autre question taboue concerne également l'assistance de l'anesthésiste réanimateur. Par-delà une certaine hypocrisie et les préoccupations d'ordre syndical, d'un bord comme de l'autre, des réalités s'imposent, même dans des pays comme la Grande-Bretagne ou la Belgique, où l'existence même

## anesthésie d'hier

d'infirmières anesthésistes a toujours été refusée et combattue. Nous avons la chance d'avoir en France des IADE de grande qualité, dans une proportion plus raisonnable que dans les pays scandinaves, où leur nombre peut être de trois à dix fois supérieur à celui des spécialistes médicaux. Leur formation théorique et pratique, encadrée par un décret de compétence, en fait le complément naturel et approprié des médecins anesthésistes-réanimateurs, aussi bien au bloc opératoire, qu'en salle de surveillance postinterventionnelle et dans les secteurs d'urgence et de réanimation. La notion d'équipe d'anesthésie (*anesthesia team*) proposée Outre-Atlantique est une réalité déjà souvent ancienne dans notre pays. Cette notion est complémentaire d'une autre spécificité française, redécouverte aux États-Unis, la médecine périopératoire (*perioperative medicine*). Cette prise en charge médicale du patient fait des émules, même dans les pays où traditionnellement le rôle de l'anesthésiste se cantonnait au bloc opératoire. Cette activité est très consommatrice de temps et certains voient dans les difficultés actuelles et futures la raison d'une remise en cause, à contre-courant de la tendance générale. C'est là que cette notion de *perioperative medicine* rejoint celle de l'*anesthesia team*, en raison du nécessaire partage des tâches. Une réflexion approfondie doit être menée pour déterminer ce qui dans l'activité d'anesthésie et de réanimation ne peut qu'être médical et les activités qui peuvent être confiées aux infirmières. Des travaux, basés sur une approche factuelle (*evidence based medicine*) devront être poursuivis pour démontrer que ces nouvelles organisations de soins n'entraînent pas de conséquences néfastes pour la sécurité des patients, plutôt que de se contenter d'allégations passionnelles qui ont tenu lieu le plus souvent de preuves jusqu'à présent.

Parallèlement aux bénéfices que les patients sont en droit d'attendre de cette nouvelle organisation des soins, les anesthésiologistes devraient en retirer une plus grande satisfaction professionnelle et un accomplissement personnel.

## épilogue

En conclusion, les progrès de la science et de la technologie continueront probablement à se faire par sauts, comme elles l'ont fait jusqu'à présent, même si la période actuelle semble constituer un palier. En revanche, la composante sociale et humaine de notre activité est en profonde mutation, aussi bien du point de vue des patients, de plus en plus acteurs, que des médecins et des infirmiers, impliqués non seulement en tant que professionnels, mais aussi en tant qu'hommes et femmes, dans leur relation au malade mais aussi à leur travail. Une conception humaniste de l'anesthésie-réanimation s'impose, à laquelle le Pr Jean Lassner, par sa philosophie, son ouverture internationale et ses réflexions sur notre profession, a puissamment contribué. Ce n'est pas le moindre des paradoxes que les progrès scientifiques et technologiques ramènent toujours à l'homme et à la conscience de l'être.





# **Remerciements**



Je remercie vivement les auteurs de tous ces textes qui ont bien voulu répondre à ma demande et participer à ce *Regard sur l'anesthésie d'hier*.

**Par ordre alphabétique :**

**A**

Dr Ginette Albouze  
Mme Annie Anargyros  
Dr Marie-Claire Antakly  
Pr M.S. Silva Araujo

**B**

Pr Geneviève Barrier-Jacob  
Dr Émile Benassayag  
Dr Jacques Berthier  
Dr Marion Bertreux  
Pr Jean-Paul Binet  
Mme Yvette Bossé-Jaureguiberry  
Général Bourdis  
Pr Henri Bricard

**C**

Pr Martin Chobli  
Dr Kathlyn Collet

**D**

Pr Abdelmajid Daoud  
Pr Louise Delègue  
Pr Jean-Marie Desmonts  
Pr Wolfgang Dick

**F**

Dr Daniela Filipescu  
Pr Sylvia Fitzal  
Amiral Flohic  
Dr Daniele Fluhr

**H**

Dr Douglas Howat

**J**

Dr Jacqueline Jasson  
Dr Luc Jeanne  
Pr W. Jurczyk

## anesthésie d’hier

### **K**

Pr Renée Krivosic-Horber

### **L**

Dr Jean-Paul Lamas

Dr Monique Lande

Pr Louis Lareng

Dr Le Bourlot

Dr François Legagneux

Dr Jacques Léoni

Dr Jean Lirzin

### **M**

Pr Corrado Manni

Dr Laly Meignan

Pr Robert Merle d’Aubigné†

Dr Jean-Paul Morin

Dr Jean-Pierre Moulinié

### **N**

Pr Miguel-Angel Nalda-Felipe

Pr A. Nestorowitz

Pr Yvonne Noviant-Mallet

### **O**

Pr Jean-Claude Otteni

### **P**

Dr Suzanne Py

### **R**

Pr Jacqueline Rendoing

Pr Georges Rolly

Pr Z. Rondio

Pr Michael Rosen

### **S**

Pr Colette Saint-Marc-Mai Van Dau

Pr Claude Saint-Maurice

Pr Philippe Scherpereel

Pr Hermann Schmitz

Pr Adolph Steg

### **T**

Pr Tapani Tammisto

Dr Marie-Louise Talafré-Catteau

Dr Paul Thiaucourt

### **V**

Pr Michael Vickers

Monsieur François Vourc’h

### **W**

Pr Karl-Heinz Weis

Pr Claude Winckler

Dr William Wren

### **Y**

Pr Yves-René Yapobi

### **Z**

Dr John Zorab

## remerciements

Un très grand merci à M. le Pr Desmonts et à M. le Pr Otteni pour l'aide et le soutien amical qu'ils ont bien voulu m'accorder, et mes remerciements à Mme le Dr Marie-Rose Gilles, membre de l'Académie européenne d'anesthésiologie, pour avoir accepté de faire la relecture et les corrections des textes.

*C.L.*