

Témoignage sur la vie professionnelle de Louis HARTUNG Premier médecin anesthésiologiste de Marseille ; 1944 – 1988.

La pratique de l'anesthésie du docteur Hartung se situe dans une période de profonde mutation des techniques de notre art dont les éléments majeurs sont d'origine anglo-saxonne et se sont imposés au décours, déjà, du deuxième conflit mondial.

(A. Neidhardt.)

oooooooooooooooooooo

Classe 43, j'ai échappé au STO car j'étais inscrit à l'APM¹ et de ce fait dispensé de cette peine ! ...Ce ne fut pas volontaire mais Vichy avait signé ce jour là un texte qui est resté ignoré.. J'ai subi 1940 et, le 16 juin, mon père m'a interdit de quitter le pays : « Tu es trop jeune, cette guerre va durer et elle te rattrapera... Promet moi de ne pas quitter ce pays ! » Il était Maître Principal Marine (Aéronavale dès 1911, alors aviation Maritime). Sa famille résidait à Chamonix – Mont Blanc où son père Adam, était arrivé après la prise de l'Alsace en 1870 ! ... Et j'ai découvert, il y a peu, qu'il était « Bavarois », hostile à Bismarck donc à l'Allemagne impériale. Je ne sais pas exactement d'où il provenait dans cet état fier et indépendant... Mon père ne m'en a jamais parlé... Ses sœurs l'ont fait pour lui bien plus tard !

Mon attrait pour la médecine remonte à mon enfance, car j'étais très fragile et, handicapé par des problèmes pulmonaires. Cela ne m'a pas empêché de passer mon certificat d'études à Barjols, 1^{er} du canton avec pas mal de points d'avance sur le second. Cela m'a permis de passer le concours d'entrée du lycée Mignet à Aix-en-Provence (950 candidats pour 125 places, je fus 6^{ième}) les sciences naturelles m'ont fortement attiré, et la médecine aussi !

J'ai vu mourir le fils d'un ami d'enfance de mon père (Henri Payot, dont le père avait été le Recteur d'Aix). Ce garçon, âgé de plus d'une année sur moi, a développé en 1943 une suppuration pulmonaire gauche. Son père, Henri, capitaine de réserve – artillerie de montagne, l'a emmené en 1943 à Aix voir un docteur, Aubert Victor, chirurgien des hôpitaux (Il avait réussi en 1923 la première exérèse pulmonaire (L.S.G.) sous péri-durale, apprise à Turin chez Dogliotti. Ceci ne me fut connu qu'en 1944-45) et qui lui a dit : « Je pourrais opérer votre fils, mais je n'en ai pas les moyens ! » Il est mort d'hémoptysie en février 44 et en août 44, je savais réaliser une A.G. en circuit fermé ! J'en éprouvai un sentiment de tristesse qui m'a suivi toute mon existence.

A l'APM., nous avions un peu de temps libre, le matin, et mon père m'avait trouvé, à Marseille, un poste de surveillant d'internat à l'École des Électriciens à St. Barnabé. J'avais donc le gîte et le couvert assurés dans cette ville que je ne connaissais pas. En janvier 1944, je me suis rendu au bureau du personnel de l'A.P.H.M². pour leur proposer ma candidature éventuelle dans un service où l'un de mes amis d'enfance était externe ! Cela fut accepté et je ne fus pas le seul par la suite ! Dans ce service de chirurgie du Dr Robert de Vernejoul, j'ai été reçu à bras ouverts car le sang ou les odeurs m'indifféraient et, étant capable d'utiliser ma main droite aussi bien que ma main gauche, les internes en chirurgie m'apprirent beaucoup de choses en peu de temps !

Je me suis aperçu en juin 44 que j'avais accumulé des connaissances qu'un garçon de 3^{ième} année n'avait pas. Je savais faire des appendicites, hernies, réduction de luxation et plâtres. Et surtout, j'avais été épouvanté de découvrir que dans ce service, tout comme ailleurs, la transfusion sanguine était ignorée ; or, en décembre 1939, il y avait eu dans *l'Illustration* un article de plusieurs pages sur la transfusion aux armées où tout était dit et que je connaissais par-cœur. En quinze jours j'ai donc eu cette responsabilité, limitée au « Jouvet »³ et je ne pouvais que constater l'absence de transfusion peropératoire et même de solutions intraveineuses. J'avais été orienté sur-le-champ vers l'appareil d'Ombredane et l'usage de l'éther.

En peu de jours je fus de plus en plus inquiet par ce que j'étais obligé de faire...

Un arrêt respiratoire était traité par les pompiers en balançant le sujet. Cela m'a étonné et horrifié... Puis, un jour, en avril 44, j'ai aidé pour une intervention sur le colon, un interne qui m'a semblé lointain sur son champ opératoire... Il m'a regardé, surpris, et m'a dit, très simplement, qu'il n'était intéressé que par la chirurgie thoracique. Je lui ai parlé de mon ami et il m'a

¹ Année Préparatoire de Médecine

² Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

³ Pompe à galets manuelle permettant d'accélérer le débit des perfusions et des transfusions

alors raconté l'histoire du docteur Aubert Victor, l'ex-chef de service !... Il s'appelait Henri Métras...

Puis le choix l'a éloigné du service...

Et il y eut, le 21 mai 1944, le bombardement de Marseille par l'U.S. Air-Force (de 10 h 45 à 11 h. 30) Dans un service voisin, le bombardement fini, je suis allé voir les blessés qui arrivaient en grand nombre... Le chaos ! J'y ai créé un centre de triage que j'ai laissé rapidement à un interne car il y avait déjà plus de 15 opérés, réservés pour le service spécialisé en chirurgie abdominale. Le patron était l'un des meilleurs de Marseille. Après deux jours et deux nuits, tout fut fini et le temps des explications pour moi était venu : J'avais dans le service « Dussaud-hommes », reçu de 13 à 14 h 30, plus de 90 blessés qui moururent en quelques instants... Personne n'a pu me donner une réponse à cela ! Seul le docteur Serafino, un Corse de Bonifacio, pourtant agrégé de chirurgie 3 mois avant, tenta d'en éclaircir les raisons mais son explication du choc ne tenait pas la route !...

En numéro trois, j'avais reçu un officier allemand, blessé sur la Canebière par une bombe et il avait à l'abdomen gauche une blessure qui m'avait poussé à porter le diagnostic de rupture certaine de la rate, peut-être un rein et l'angle colique pouvaient être intéressés. Le patron m'avait dit : « Il est troisième, il reste troisième, c'est un blessé... » Nous savions tous que le patron était le N°1 de la médecine pour la résistance. Je me suis donc occupé de ce blessé ; ce fut... un peu long mais il était en bonne santé, natif de Hambourg, il parlait français et Anglais... Avocat... Je l'ai suivi avec beaucoup d'intérêt, avec des perfusions sous-cutanées et au troisième jour, les filles m'ont dit : « Retourne le chez lui à Cantini » C'était l'hôpital militaire allemand. Je leur ai dit que j'attendais qu'il reprenne son transit ! Ce fut fait le lendemain-matin et une ambulance allemande est venue le chercher avec mon compte-rendu en Français et en Anglais...

Le lendemain-matin, j'ai pu quitter le service vers 11 heures et, à vélo, suis allé à l'hôpital militaire. J'y ai été très bien accueilli et le chirurgien responsable du blessé m'a remercié pour ce qui avait été fait car il m'a dit qu'il n'aurait pas pu le tirer d'affaire... les hémorragies étaient très importantes à cette époque. En le quittant, je lui ai demandé s'il pouvait me consacrer un petit moment d'explications (sur l'évolution du choc). Il me répondit : « votre expérience fut la mienne en mai 1940 quand nous avons pénétré en Belgique, dans le fort de Louvain, avec nos parachutistes...

Je n'ai pas pu avoir une réponse valable. Puis, je suis allé avec Rommel, en Cyrénaïque et, un jour, nous avons capturé un hôpital anglais ! J'y ai récupéré nos blessés et j'ai rencontré mon équivalent anglais. Ils

m'ont expliqué ce qu'ils pouvaient faire et m'ont montré matériel et documentation. » Après un long entretien, je suis reparti avec toute la documentation « La voici, je vous la prête mais, rendez-la-moi, je vous en prie ! » Et en partant, il m'a dit, avec un grand sourire, « mais je pense ... que dans peu de temps, vous aurez tout cela chez vous ! »

Je lui avais avoué que je connaissais cet incident survenu en Cyrénaïque, « Comment le saviez-vous ? »... « Par la radio anglaise... »... Un grand sourire et il m'a tendu la main. Je lui ai rendu cette documentation le 5 juin au matin... Le 6 fut le « D.Day » ! et je ne l'ai pas revu...

Tout fut arrêté dans Marseille pour les écoles et je suis revenu à Barjols (à bicyclette, un peu chargé et souvent contrôlé par les Allemands qui m'ont toujours laissé passer : « Brassard Croix-Rouge D.P. » Puis nous avons assisté à la « préparation » du littoral, pour mon père, c'était certain, mais dans le milieu résistant, personne ne pouvait juger de cela... par manque d'expérience !...

Au débarquement j'ai monté, le 15 août 1944, une sorte de poste de secours dans les locaux de la Croix-Rouge ! Et après trois jours de combat j'ai pu demander aux Allemands occupant le pays un cessez-le-feu de trois heures pour évacuer trois blessés graves car, j'avais appris que dans la nuit du 18 au 19 août, un « Évac-hôpital » allait se monter dans la nuit ... !

Les filles du téléphone gardaient le contact avec les villages libérés. Je les ai évacués le matin sur une camionnette à gazogène et la libération arriva le 19 à 8 heures 30

Je fus seul à recevoir les Américains... Quelle aventure ! Et, le 23, j'ai pu aller en vélo voir cet hôpital U.S. J'y fus reçu à bras-ouverts, mes blessés étaient convalescents et j'y ai trouvé tout ce que je voulais ! Il y a eu même un infirmier qui était de la Louisiane. J'avais une sœur de mon père, mariée en 1919 à un G.I., Alvin van Broklyn, qui était le chef jardinier de St. Martinville et cet infirmier connaissait un peu mon oncle par son père.

Je fus reçu à cet hôpital et y ai appris très vite ce que je voulais savoir... La connaissance de la langue m'avait servi déjà pour le village, mais là, ce fut un peu particulier. Ils sont partis au bout de trois semaines mais j'avais déjà une bonne expérience clinique ; Anesthésie générale au penthotal, pénicilline, ... et urgences variées. Tout le « thorax » partait à Londres au Brompton Hospital SW1, que j'ai bien connu par la suite.

Revenu à Marseille en octobre, personne ne m'a cru dans le service ! Seule, la major⁴ qui, elle, avait connu

⁴ Infirmière chef du service

Victor Aubert, connaissait un peu tout cela. Ma première année a commencé et je ne pouvais rien faire de ce que j'avais appris !

Sur ce, j'ai été mobilisé en fin décembre 44 et j'ai continué à perdre mon temps ! Puis, l'instruction faite, j'ai été placé comme infirmier de 2^{ème} classe dans un hôpital complémentaire à Montolivet, avec un chef de service, chirurgien des hôpitaux et professeur d'anatomie, Michel Salmon que je connaissais déjà. Là, j'avais l'espoir de pouvoir un peu remuer les choses ! Ce qui fut fait en février grâce à un médecin-colonel de l'U.S. Med. Service, rencontré lors d'une soirée un vendredi ! Mon histoire racontée, il m'a dit connaître ceux de cet EVAC⁵... et il pourrait me recevoir pour continuer mon instruction, si les Français l'acceptaient. Cela m'a pris trois semaines mais je conservais mes gardes à Montolivet. Je suis resté avec eux jusqu'à la fin mai 1946, date de leur retour aux U.S.A. J'étais alors déjà autonome chez M. De Vernejoul. Mais l'histoire devait continuer ...

C'est ainsi que j'ai commencé à vivre, dans la journée, au « 23th. General Hospital » U.S.M.D., à la Timone. L'entrée du Bd. St. Pierre était à une dizaine de mètres de l'actuelle et était le domaine des MP. Arrivé en vélo à 08h.30, j'y restais jusqu'à 18 h. (06 P.M.)

Je fus pris en charge par le médecin-capitaine Richter M. D., Anesthésiologiste, originaire de New York. Il fut très proche de moi après avoir écouté mon aventure de 1943-1944-1945 ! Membre de la Société d'Anesthésiologie de New York, il était très compétent et curieux sur les progrès à faire. Il y a eu, sur-le-champ, une parfaite entente entre nous deux ! Je lui dois beaucoup car il avait apprécié mon passage dans cet EVAC au nord de Barjols en août-septembre 1944 ; je me suis d'ailleurs très vite rendu compte que j'y avais beaucoup appris. Dès mon arrivée, il m'a fait un programme de travail !... Théorie, références aux ouvrages de la bibliothèque de l'hôpital (trois ou quatre) et mise en pratique, en ce sens que tout acte se faisait d'un commun accord mutuel avec explication préalable, le tout, avant de rencontrer le patient. Le bloc était très agréable comparé à celui sous tente de l'EVAC de Rognette, en 1944.

En effet, l'hôpital avait pu s'installer dans un bâtiment à un étage, mais très long. J'en avais entendu parler comme étant l'hôpital « des fous » ! et la verrière du bloc, encastrée dans la façade est du premier étage, était devenue la salle d'opération principale, très spacieuse, et très lumineuse. Le capitaine Richter, malgré une amitié naissante, évidente, n'en fut pas moins un enseignant très proche, toujours accès sur l'objectif de

me mettre en situation de responsabilité, responsabilité par-devers lui-seul évidemment !

J'avais déjà acquis un bagage sérieux, mais il était devenu rapidement évident que ceci demandait l'acquisition d'un bagage plus riche en théorie, au départ. Un mois après mon arrivée, Richter me dit, un matin, « Aujourd'hui, c'est vous qui décidez des doses, des techniques anesthésiques, anesthésie générale, éther, pentothal » et, à ma grande surprise, aussi pour les anesthésies locales, souvent utilisées à bon escient et avec de très bons résultats !...

Par exemple, l'anesthésie caudale par le trou sacré du coccyx était utilisée pour la chirurgie des membres inférieurs, circoncisions, hernies... Cela me fut très utile pour passer à la péridurale, plus tard ; mais la rachianesthésie était employée avec succès, le tout, avec de la procaine en cristaux (Ampoules de 1g) et diluée en fonction de l'opération... Ce fut très intéressant mais l'apprentissage de l'anesthésie à l'éther, en circuit fermé, fut très important : Je me suis éloigné de l'« Ombredane » avec une évidente satisfaction.

Puis, Richter, sachant mon lointain objectif, la chirurgie thoracique, me montra comment obtenir, après intubation trachéale, une respiration spontanée, supprimée puis rétablie... Le laryngoscope utilisé était très différent de celui des O.R.L. (Chevalier-Jackson, de Philadelphie). La poignée contenait les deux piles et la lame était une « Guedel » adulte. Cette lame m'a accompagné, par la suite, tout au long de mes heures de bloc opératoire.

Ma présence au « 23th. General Hospital » était en principe une formation par l'observation (ceci fut mentionné dans le document remis lors de la fermeture de l'établissement en mai 1946.)

Cependant, très vite, Richter me mit en situation tout en restant à côté de moi... Puis, un jour, une infirmière anesthésiste (grade de sous-lieutenant) le remplaça avec un grand sourire. Je la connaissais, bien sûr, et avais apprécié ses qualités. La présence active de cette infirmière se fit de plus en plus lâche mais, toujours, il y avait une discussion sur ce qui se passait ! Un mois après, elle m'a offert, un matin, un volumineux traité : « *Anesthesia* », de Lundy que j'ai toujours. Elle était de Seattle (Oregon)... Mais tout ce personnel n'était pas avare de conseils, de récits détaillés de leurs expériences, toujours au bloc mais jamais au mess ou sous la tente. La zone « personnel » était sur l'actuelle surface de l'Est de la récente faculté de médecine, à peu près là où est construit l'amphithéâtre...

Le mois de mars venait de commencer et j'ai eu, un jour, une grande surprise en arrivant au mess pour déjeuner ! Le sergent-chef du garage m'attendait ! Il me

⁵ Poste avancé d'évacuation des blessés

dit simplement : « Doc, passez me voir quand votre journée sera finie ! » Ce que je fis et, à mon grand étonnement, il me présenta une motocyclette bi-cylindre avec un grand pare-brise orné d'une croix rouge. Une Harley-Davidson, comme celles des M.P. « C'est pour vous » - « Mais je n'ai aucun permis pour cela ! » fut ma réponse mêlée à un grand étonnement... Alors, il me fit faire des circuits pendant une heure devant le garage. Le lendemain, il me remit un équivalent de permis de conduire « U.S. Army » pour moto et automobile. Je lui avais raconté avoir appris à conduire une automobile avec mon père en 1939 ! A cette époque, les fils des mobilisés pouvaient obtenir un permis de conduire dès dix-huit ans et mon père, un ancien de Sochaux, avait acheté en 1938 une des premières 202 Peugeot.

Mais très vite, après avoir quitté l'hôpital, je fus arrêté sans arrêt pendant une journée par les M.P. Un militaire français conduisant une motocyclette « U.S. Army », cela n'était pas évident pour eux. Mais dès le lendemain, cela fut remplacé par des « Hi, Doc ! » Mais en arrivant à l'hôpital complémentaire de Montolivet, le soir, j'ai eu à subir d'évidentes jalousies...

Les jours passèrent et, le printemps arrivant, je me fis un devoir de faire connaître à mes amis toute la région, des gorges du Verdon aux plages de la Ciotat, sans oublier mes parents... Puis il y a eu le décès du président des U.S.A. « F.D.R. Roosevelt... » remplacé par Truman.

Après le 8 mai 1945, tout l'hôpital ne parlait que de la crainte de devoir partir dans le Pacifique : Cela était sérieux et posait problèmes !

Petit à petit, j'ai eu à m'occuper de cas chirurgicaux plus importants et variés. Le courant était les accidents de la route. Richter avait complété mes connaissances en me mettant en relation avec la banque de sang U.S. Army de Marseille. Cela fut pour moi une nouvelle étape riche d'enseignement...

Après le 8 mai 1945, il n'y eut pas de grande modification dans l'activité de l'hôpital, contrairement à mes craintes ; mais cela me permit de participer à des jeux de base-ball avec les infirmiers sur le grand terrain vide, devant le bloc...

L'été et l'automne se passèrent normalement ; fin octobre 1945, je fus démobilisé mais, le médecin-colonel commandant le 223th. General Hospital U.S. M.D. me dit que tout cela ne modifiait pas mon statut personnel et mon activité parmi eux ! Par contre, en allant à l'hôpital de la Conception pour revoir mes amis, j'ai appris par la major du service, Madame Almes, que Henri Métras, démobilisé lui aussi, venait de partir pour Londres pour un stage au Brompton Hospital dans le service de Price Thomas. C'était lui qui recevait une

grande partie des cas thoraciques de l'U.S. Army en Europe et j'avais déjà appris qu'il avait une très bonne réputation. Il devait revenir fin novembre. J'avais repris mon poste de maître d'internat et les cours de la faculté de Médecine repliée sur la rue Bianqui. A cause de tout cela je passais un peu moins de temps au 223th. General Hospital, l'après-midi, cependant l'arrêt, en avril 45, des hostilités contre le Japon n'avait pas modifié leur activité.

Henri Métras, revenu fin novembre me contacta très vite. Il fallait commencer à réaliser des cas de chirurgie thoracique dans le service du docteur de Vernejoul. Mais personne ne me crut quand je leur ai raconté mes aventures depuis février 1945 à la Timone. Incrédulité et absence d'intérêt pour ces questions ? Avec Henri Métras, il fallut s'organiser car il comptait terminer son internat fin 1946 et le docteur Isemfin, médecin des hôpitaux à la Conception, lui avait ouvert des possibilités de consultation et des locaux pour réaliser les endoscopies. Tout était à faire, tout s'accéléra et, ayant enfin rencontré le docteur Victor Aubert, l'ex chef de service de Monsieur de Vernejoul, je trouvais enfin avec lui et Henri Métras des médecins intéressés par mon orientation ! Mais je n'avais aucun matériel !! J'ai donc très vite évoqué mon évolution au docteur Richter. Il me précisa alors que si intervention il y avait, on pourrait utiliser du matériel de l'hôpital. Il avait tout prévu... Ce qui me fut confirmé par le médecin-chef... Car cela entraînait dans la prévision de collaboration possible dans les territoires libérés...

Restait donc à apprendre la bronchoscopie et la pneumologie, englobées dans la pneumo-physiologie de l'époque... Tout était donc à faire... Et, tout évolua très vite.

Par le « 223th G. Hospital » j'ai appris que le U.S. Medical Department avait créé, depuis l'arrêt des hostilités un entrepôt de surplus sur les terrains mêmes de la Timone, surplus destinés à équiper les hôpitaux français... et que j'y trouverai là tout ce qu'il me fallait... Il ne restait plus qu'à convaincre Monsieur de Vernejoul car le docteur Aubert et Henri Métras étaient bien d'accord pour cela.

Tout alla très vite et je me suis retrouvé un matin dans le bureau de la responsable des achats, rue Lafon, au siège de l'A.P.H.M. Le patron l'avait prévenue, tout était prêt et après lui avoir expliqué tout cela ; elle me signa un bon pour le dépôt avec la liberté d'y enlever tout ce qui pouvait m'intéresser ! Elle y ajouta la commande de gaz médicaux à l'Air Liquide, Avenue de Toulon à Marseille ; je les ai contactés sur le champ... et fus ainsi leur premier client médical !

Tout cela avait perturbé mon activité au 223th. G. H. mais ce fut sans conséquence car, pour eux, il s'agissait d'une évolution normale et souhaitée. J'ai donc pu prévoir la visite au 223th G. H. de mes trois amis un matin de janvier 1946. Il y aurait à voir une séance opératoire et, après, une démonstration de chirurgie plastique au dermatome de « Padget » si possible,

Après cela, Victor Aubert et Henri Métras étaient déjà partie prenante. Monsieur de Vernejoul réalisa alors le grand progrès que constituerait pour lui l'apport de l'anesthésiologie dans son service ! Tout était donc pour le mieux, mais ce fut la seule visite des chirurgiens des hôpitaux de Marseille faite au 223th G.H., Delta Base Area ! Et cela jusqu'à leur départ en mai 1946.

Cela nous a coûté cher par la suite !... Mais je ne pouvais pas le comprendre à cette époque ! Orgueil mal placé ou jalousies ?...

Peu après, j'ai pu aller au dépôt de la Timone avec un petit camion de l'A.P.H.M. : Tout ce matériel fut rapidement mené à la Conception et cela m'occupa deux matinées. On avait ramené deux appareils d'anesthésie Heidbrink en malle spécifique, des seringues, aiguilles, gants, sutures de soie ... de la chaux sodée Wilson (au total : 200 kg) Des instruments y furent ajoutés pour le thorax : Champs opératoires, bistouris à lames interchangeable, blouses opératoires et j'ai eu le soin d'y ajouter des flacons de sérum intraveineux avec des filtres pour les transfusions. Tout cela avait rempli le petit camion ! Pour tout trier, répertorier, il me fallut deux jours et j'avais pensé aux chirurgiens car j'avais trouvé deux bistouris électriques U.S. « Bovie » qui étaient tout simplement excellents. Tout fut prêt rapidement à la fin de janvier 1946 mais je voulais commencer par une intervention facile et avec un chirurgien acceptant la délégation de responsabilité ! Finalement, le 6 février 1946, j'ai pu commencer à travailler avec l'adjoint du chef de service, le docteur Louis Artaud, qui avait été très intéressé par tout cela, dès le début des longues discussions sur le sujet...

Et c'est pour une banale appendicectomie que fut réalisée, ce jour là, la première anesthésie générale en circuit fermé, (O₂+N₂O+Éther et Penthotal) des hôpitaux de Marseille (et, peut-être, une des premières en France) dans des locaux civils.

Ce n'était pas très glorieux mais tout se déroula normalement. Mes amis américains qui avaient suivi cela de loin en furent très heureux... et plusieurs d'entre eux manifestèrent le désir de venir à la Conception pour voir opérer le docteur de Vernejoul... pour la chirurgie gastrique où il excellait. Ils furent invités et furent très impressionnés par la qualité de cette intervention. Bref : tout était pour le mieux ! Mais il a fallu former

le personnel, surtout pour la surveillance des perfusions post-opératoires. Cela prit un certain temps ! A la fin de février 1946, le médecin-capitaine Richter fut rappelé aux U.S.A. : Ce fut pour nous, son entourage et moi-même, un moment difficile car il était très apprécié !

Son remplaçant était le médecin-capitaine Rosen, et ce fut tout de suite une autre ambiance, un contact assez distant mais la compétence y était. Le temps pour s'adapter les uns aux autres fut assez long, mais j'avais perdu un ami qui me comprenait et m'aidait beaucoup !

Peu à peu, les relations s'arrangèrent mais ce fut différent pour tout le monde et ce fut pour le mieux ! Au début avril 1946, le docteur Victor Aubert reçut le dossier d'un homme de cinquante-cinq ans atteint d'un cancer du poumon, à priori opérable. Ce fut un grand moment pour nous tous à la clinique St.Victor mais, malgré une expérience qui s'affirmait chaque jour, je ne pouvais prendre en charge une telle intervention toute nouvelle pour moi. Or, le capitaine Rosen avait eu à s'occuper de quelques malades aux U.S.A. d'après ce qu'il m'avait dit. Je lui ai donc demandé s'il pouvait prendre en charge une telle opération à la clinique St.Victor, propriété du docteur V. Aubert à Marseille. Comme prévu, le feu vert fut donné pour mener à bien tout cela. Une visite préalable à la clinique fut organisée pour le Dr Rosen et nous permit de connaître le dossier de ce malade. L'intervention fut finalement décidée pour le début d'avril 1946 et tout portait à penser qu'elle se déroulerait normalement. Dans cette affaire, je n'étais que l'aide du Dr Rosen car je n'avais aucune expérience personnelle de cette chirurgie, hors les connaissances livresques et les échanges avec le capitaine Rosen que j'aiderai au maximum. J'avais donc apporté à la clinique St. Victor les liquides de perfusion intraveineux, les trousse de perfusion à stériliser, le tout fourni par le bloc du 223th.G. H. Le matin, le capitaine Rosen arriva avec tout le matériel sauf les bouteilles de gaz médicaux fournis par l'Air Liquide à Marseille. Rosen put s'installer sans problème et, l'intervention terminée, le malade fut ramené dans sa chambre. J'avais pu prendre plusieurs clichés au cours de l'intervention à titre de témoignage.

Tout se déroula normalement quant à l'anesthésie et l'acte chirurgical à la satisfaction de tout le monde ! J'ai accompagné le malade dans sa chambre et mis en route les perfusions post-opératoires. J'avais déjà détaillé aux infirmiers tout ce qu'il fallait savoir quant à la surveillance post-opératoire. Tout avait été détaillé soigneusement les jours précédents. Dans la nuit, le malade présenta des signes d'encombrement bronchique et Henri Métras avait du le bronchoscopier pour réaliser une aspiration trachéo-bronchique... J'ai pensé que l'éther pouvait en être la cause et je devais m'en souvenir ! Lorsque je suis revenu au bloc après avoir

remis ce malade dans son lit, j'avais retrouvé V. Aubert, H. Métras et Rosen qui discutaient entre eux et m'attendaient avec un peu d'anxiété. Je les ai rassurés et alors, je vis le Dr Aubert, homme toujours réservé, me tomber dans les bras en pleurant et me disant : « Cela fait vingt ans que j'attends ce moment là ! » Un silence se fit puis nous nous sommes séparés, le capitaine Rosen voulait revenir rapidement à la Timone, mais le personnel et nous-mêmes étions satisfaits par ce déroulement sans problème de cette intervention. Soulagement et un certain bonheur ! Les clichés furent pris sur Kodak Plus-X en noir et blanc, développés, ils sont le témoignage de cette exceptionnelle matinée, une vraie première. Une fois tirés sur papier, j'ai pu en donner à nous tous quelques jours après. Mais j'avais été frappé par la gêne évidente qu'avait le Dr Rosen pour actionner le ballon du Heidbrink au cours de la respiration manuelle faite par ses soins et cela fut certainement un des motifs du choix fait en Angleterre de l'utilisation d'un va-et-vient de Waters. Mais, bien avant cette étape, j'avais prévu d'ajouter un tube annelé entre le corps du Heidbrink et le ballon. Cela était simple et a eu de très bons résultats, car il était possible de se déplacer un peu autour de la tête du malade. Ces clichés furent à nouveau utilisés quand, en 1996, sauf erreur, il y eut un article écrit par son fils, Dominique Métras qui était chirurgien thoracique infantile à la Timone, il a été publié dans un bulletin d'information des hôpitaux de Marseille. Mais, pour mieux comprendre ce qui s'est passé ce matin-là à St. Victor, il faut regarder la totalité de la bande photographique impressionnée au cours de cette intervention. Ce fut un grand moment à vivre... L'anesthésie, commencée avec du Penthotal fut entretenue avec de l'éther et, si tout se déroula pour le mieux, j'avais compris qu'il fallait évoluer quant aux agents utilisés : Irritation, danger d'explosion, tout cela était minimisé par les précautions prises, mais...

En septembre 1946, à Liverpool, je devais découvrir la pratique de la D.Tubocurarine et cela fut une avance très importante. John Halton et Cecil Gray avaient eu raison d'intituler leur article sur le curare : « *A mile stone in anesthesia* ». Cela fut publié par la Royal Society of Medicine à Londres. L'Halothane, plus tard, devait permettre de régler pas mal de problèmes, tout au moins entre mes mains, dès 1953.

Je donnais le maximum de mon temps au 233th.G.H. mais, entre la Conception, mes propres interventions commencées avec H. Métras et mes cours à la faculté de Médecine, tout cela était assez difficile à gérer. .. Car y avait été ajoutée une matinée par semaine consacrée à des consultations, cathétérismes bronchiques et bronchoscopies sous anesthésie locale dans le service du Dr Isemein, à la Conception.

Pour mes amis américains, il y avait eu des événements importants comme le décès du président F.D. Roosevelt, l'arrivée du président Truman et, surtout, la fin des hostilités en août 1945. Depuis, petit à petit, les troupes U.S. retournaient aux U.S.A. et le 223th. G.H. devint ou plutôt redevint le 23th. G. H. ! Cela sentait la fin de pas mal de choses avec les départs étagés de plusieurs de mes amis ! La Delta-Base se réduisait de semaine en semaine. Tout se termina fin mai 1946 : L'hôpital fut vidé de ses malades, le personnel évacué par tranches et de même pour son matériel.

Le médecin-colonel me demanda de venir le voir un matin ; il était l'un des rares à être encore là depuis février 1945 ! Il me remit une attestation de mon activité et me dit alors simplement : « Louis, prenez pour vous tout ce qui peut vous être nécessaire et n'ayez aucun scrupule car, moi parti, tout sera volé ! » Les adieux furent lourds de sentiments et je quittais les lieux avec simplement des cadeaux préparés par le personnel du bloc, à mon insu, mais qui connaissait parfaitement mes penchants. Il y avait des seringues, aiguilles diverses, dont celles de fort diamètre que j'avais utilisées pour mes perfusions au bloc, des robinets à trois voies et auxquels je tenais tant, le tout en Luer-Lock, des tensiomètres USMD (à mercure) et divers instruments qui pouvaient me rendre service. Je reçus tout cela le cœur gros et il y eut des larmes échangées avec mes infirmières et les officiers médicaux ! Ce fut in extremis car ils partaient tous, le lendemain matin, sur le bateau-hôpital USS Mariposa. Ce fut là la fin d'une histoire que beaucoup ne purent comprendre et qui m'avait fait réellement entrer dans une médecine nouvelle.

Entre temps, grâce à H. Métras, le service des relations culturelles (Melle Auliac) au Quai d'Orsay, m'avait accordé une bourse pour un séjour en Angleterre, afin de suivre, à Oxford, chez le PR Macintosh un stage de trois mois réservé aux médecins démobilisés et donnant accès à un D.A. anglais. Cette bourse était généreuse car elle correspondait à celle accordée à un agrégé ! Je suis parti mi-juillet à Londres puis Oxford, de la fin juillet au 15 septembre 1946.

A Londres, j'ai pu rester deux semaines au Brompton Hospital (W.W.1.) où opérait le pr. Price Thomas, assisté du Dr John Machray. Henri Métras les connaissait et avait écrit pour les prévenir de mon arrivée.

Je fus vite et simplement accepté par eux, cela me permit en peu de temps d'acquiescer, en chirurgie thoracique, un gros bagage en pré- per-et post-opératoire Le conseiller « Culture » (Mr Varin) de l'ambassade m'avait reçu à mon arrivée et cette visite se transforma très vite en amitié qui dura longtemps. Ceci me permit de trouver un logement agréable près de Hyde Park, à côté de l'hôpital. J'étais le seul français pour ce séjour

à l'hôpital Brompton. Cela me facilita certaines choses. Pour le stage à la « Royal Infirmary » d'Oxford nous étions une trentaine de médecins anglais et démobilisés... Seule exception : Moi-même, en deuxième année de faculté et un Libanais de Beyrouth, Albert Salomon dit « Solly », un ancien des « rats du désert », huitième armée britannique en Égypte et Cyrénaïque... Son père avait une clinique chirurgicale à Beyrouth, lui-même, médecin et comme son fils, issu de la faculté américaine de Beyrouth. Grand, très agréable et un peu bavard, ce fut l'amitié immédiate. Il avait des recommandations pour aller partout ; à côté de lui je n'étais qu'un jeune garçon ignorant. Cela m'a rendu beaucoup de services, surtout à Londres en octobre-novembre 1946.

Fin Août, nous fûmes tous soumis à un examen présidé par le Pr Muschin : Nous avons tous été reçus à ce D.A. (Diplôme of Anesthesia – Oxford) Nous nous sommes séparés et Solly partit aux U.S.A. Il a fini par avoir un poste de professeur à l'Hôpital Maritime U.S. Navy à Bethesda, ce qui est fort enviable !

Revenu au Brompton à la fin octobre, j'ai pu, par la malice des circonstances, aider le médecin anesthésiste qui était une femme à utiliser la D-Tubocurarine pour la première fois à Londres. Car je revenais de Liverpool où Cecil Gray et John Halton m'avaient initié et formé à cette innovation encore méconnue ! Quel chemin ! et que d'amitiés nouées au fil des jours, tant à Oxford qu'à Liverpool ou Londres.

Tout cela me coûta cher vis à vis des Marseillais au fil des années, mais, sur le moment, je ne pouvais pas le savoir ! ...

Au fil des mois écoulés et des diverses expériences et contacts, j'avais évolué quant au matériel utilisé. La base était le Heidbrink U.S. et les systèmes anglais de Boyle et le jeu de « canisters » de Waters, montage que j'affectionnais particulièrement. Matériel simple, facilement stérilisable, très léger et permettant une grande mobilité autour de la tête du malade opéré. Le seul problème, en France, fut la chaux sodée, indispensable avec un circuit-filtre comme le Heidbrink ou les circuits en va-et-vient de Waters. Celle fabriquée par Robert & Carrière en France, avait une durée de vie courte comparée à la Wilson (U.S.A.) en boîte bleue très convoitée. Donc, l'appareil de Heidbrink était soit un système complet et autonome soit un simple générateur de gaz et éther en utilisant seulement la sortie du vaporisateur d'éther et cela permettait d'utiliser un va et vient de Waters. Les systèmes anglais ne fournissaient que le mélange gazeux par l'emploi de deux ou trois rotamètres et des bouteilles de Boyle (éther, chloroforme) et ne peuvent être utilisés qu'avec un circuit semi-ouvert, typiquement anglais ou avec un va et vient de Waters. Ce dernier était branché sur l'arrivée des gaz par un gros raccord en T pourvu d'une soupape d'expiration à pression réglable le cas échéant, donc,

on pouvait passer en un seul geste du circuit semi-ouvert à un circuit fermé de Waters...

Le va-et-vient de Waters était pour moi extrêmement pratique car utilisable chez l'adulte comme chez l'enfant, le « canister » seul était à changer pour en adapter le volume, et, de plus, cet appareillage était léger, peu encombrant, simple mécaniquement et stérilisable, contrairement aux circuits-filtres de type Heidbrink. De plus, le « Waters » permettait une grande mobilité autour de la tête du malade car je l'utilisais avec un tube annelé entre le canister et le ballon et ce tube annelé pouvait être d'une longueur adaptable le cas échéant, ce qui était très commode !

J'avais donc acheté à Londres chez Charles King, 27, Devonshire-street, un jeu de canisters adultes et enfants. Pour les jeunes et très jeunes enfants il fallait un jeu adapté pour réduire au minimum l'espace mort du circuit lui-même. Le principe était le même mais la taille diminuait fortement.

En 1946, en Angleterre, on pouvait donc trouver des appareillages générateurs de gaz avec volumètres coniques très précis, associés à la bouteille de Boyle et un circuit semi-ouvert peu adapté à un gaz cher et explosif comme le cyclopropane et le système clos en va et vient imaginé par Waters aux U.S.A. pour le cyclopropane au départ.

Le premier appareil en circuit-fermé anglais fut le modèle du pr. Mushin à Oxford, avec un levier de commande respiratoire en témoin.

L'utilisation du curare devait généraliser le circuit fermé. De plus, les anesthésiques, éther ou halogénés ne contaminaient pas l'atmosphère de la salle d'opération. L'arrivée, plus tard, des respirateurs automatiques posa quelques problèmes car ils fonctionnaient en circuit ouvert pour beaucoup. Il y eut donc des évolutions successives au fil du temps.

Rapidement, dès mon retour, nous avons complété par des thoracotomies nos cas de chirurgie thoracique qui furent au départ extra-pleuraux et thoracoplasties avec, de temps en temps, une spéléotomie. La tuberculose était dominante et les cancers pulmonaires très rares. L'antibiothérapie au départ, fut donc la pénicilline mais l'arrivée de la streptomycine nous permit enfin de réaliser des exérèses pulmonaires pour tuberculose. Ce fut prodigieux et très réconfortant.

Toute cette activité m'avait obligé de quitter mon poste de maître d'internat à St. Barnabé et mon existence en fut très affectée.

Beaucoup de travail clinique, plus les obligations d'étudiant, firent que ma troisième année fut interrompue en février pour un problème de santé. Je travaillais beaucoup, sans vrai retour compensatoire financier en

général et ma santé fut le prix de tout cela. Je dus m'arrêter de février à septembre 1947. Après un court séjour de repos à St. Victor, le repos arrangea tout cela et j'ai pu aller en Haute-Savoie retrouver des amis et ma famille paternelle qui vivait à Chamonix.

Je fus remplacé par Paul Bouchard, propriétaire de la clinique Bouchard où opérait le patron. Il connaissait bien aussi H Métras. Je lui avais appris pas mal de choses pour aider le patron car je ne pouvais pas tout faire... L'activité opératoire s'en ressentit. Mais à mon retour, Paul Bouchard me simplifia grandement l'existence en m'ouvrant l'accès au restaurant de sa clinique. Cela a modifié mon existence et il fallait trouver une solution pour mon activité.

Ce qui fut vite fait grâce au médecin-chef de la caisse d'assurance-maladie de Marseille, ami d'Henri Métras; il connaissait notre activité et ses résultats. Il tenait beaucoup à cela ! Il me proposa de faire signer mes feuilles de maladie pour mes actes.

Reconnu enfin par un confrère « installé », nous avons pensé à un assistant médical de l'équipe, le Dr Christian Gaillard, jeune pneumologue très actif par ailleurs. Il a été d'accord tout de suite. Cela transforma mon existence au grand soulagement de mes parents. Je remplaçais ma bicyclette par un vélomoteur Peugeot 125cc. ...et la vie reprit !

Lors d'un stage à la maternité de la Belle de Mai, j'avais connu un événement qui devait avoir une importance... pour d'autres... La maîtresse-sage-femme, sachant mon activité en chirurgie thoracique m'avait demandé si, par hasard, je pouvais faire « quelque chose » pour elle. Je lui ai dit « oui » en lui racontant mon expérience des anesthésies caudales au 233th G.H., et ce que j'avais vu à Oxford. Le mercredi suivant, j'ai apporté de la Conception tout ce qu'il me fallait. J'ai donc fait une anesthésie caudale, par le trou sacré, à une femme commençant son accouchement, vers les 8h. 30. A onze heures tout fut fini à la grande satisfaction de la parturiente et à l'étonnement du personnel.

A midi, le chef de service, nous a réunis pour me dire « Ce que vous avez fait, Mr Hartung, n'est pas bon car il faut qu'elles gueulent » !

Stupeur générale ! Je lui ai répondu simplement « Monsieur, après cela je reste votre stagiaire, mais ne comptez plus sur mon aide pour le futur ! » Ce fut, sans doute, la première anesthésie de ce genre en France.

Mes « cliniques » furent passées sans problème en 1951 et j'envisageais alors de passer une thèse sur ma spécialité non encore reconnue. Mais le temps me manquait malgré le sujet qui me semblait évident ! Je me concentrais finalement sur les bronchoscopies et bronchographies sous anesthésie générale chez l'enfant, la chirurgie thoracique et, ce qui était mon sujet

favori, les intubations bronchiques gauches, les blocages bronchiques, qui m'étaient devenus familiers et il s'y ajoutait un travail en cours sur la réduction des hémorragies per-opératoires... Ce qui était un vrai problème car les pertes sanguines atteignaient facilement 0,5 à 1 litre à l'heure suivant les cas et surtout lors des décortications. Elles étaient avec les anastomoses bronchiques la spécialité « maison » !

Le curare soit la D.Tubocurarine soit l'Intocostrine Squibb® avaient, certes, permis une légère amélioration mais il restait à trouver un agent anesthésique réellement pourvu de propriété antihémorragique.

J'avais, depuis deux années, commencé la mesure des hématocrites per-opératoires pour mieux suivre et mieux compenser les pertes sanguines. C'est à ce moment, grâce à Henri Laborit, que j'eus l'idée de faire des injections intraveineuses de procaine. Ce fut assez spectaculaire et j'ai étendu cette technique à la chirurgie orthopédique (hanches) avec succès et étonnement de l'entourage ! J'avais en effet reçu de New York, un spécimen de procaine à action lente, étalée sur plusieurs jours, pour obtenir une sédation partielle des douleurs post-opératoires dues à la voie d'abord. Le succès était réel mais partiel. Le laboratoire m'ayant donné une réponse favorable à l'usage intraveineux, j'ai donc persévéré avec un succès relatif mais certain. Ayant rencontré Henri Laborit, je m'en suis ouvert à lui, cette possibilité l'intéressa mais il n'en avait pas l'expérience...

J'ai dès lors utilisé la procaine intraveineuse au début de l'anesthésie, la posologie étant en rapport avec l'état général du patient. Ce fut un succès immédiat ! L'anesthésie générale empêchait d'éventuelles convulsions dues à la procaine, classiques lors d'intoxications par doses excessives.

Puis j'ai étendu cette technique en période post-opératoire, sous la forme de un gramme de procaine par 500 ml de perfusion. La sédation était évidente, pas d'hypertension, pas de tremblement et une nette amélioration de la diurèse, ce qui était vraiment appréciable et les volumes transfusionnels avaient baissé nettement en per- et postopératoire en se référant aux niveaux des bouches d'aspiration pleurale.

J'ai utilisé cela, un jour, pour une résection des cornets, cela me valut une réflexion très inquiète de mon ami O.R.L. qui opérait ce malade et qui m'a dit, dès la première incision : « Mais, il est mort ce malade ! » et puis, il s'y est habitué... Restait à améliorer l'anesthésie elle-même ; l'Eponitol® ou *Propanidid* devait régler plus tard ce problème, en partie.

C'est à ce moment là que j'ai lu dans le « *British journal of anaesthesia* », auquel j'étais abonné, l'article princeps sur le Fluothane® ! Il était fabriqué à Manchester par I.C.I. et les essais thérapeutiques avaient été

faits par le Dr Raventos dans ce laboratoire. Ayant lu et relu cet article à une heure avancée de la nuit, j'ai écrit sur-le-champ à ce médecin pour en savoir plus ! Les réponses me comblèrent ! Raventos, comme je le supposais était bien un Catalan, de Barcelone et apparenté au grand pneumologue Raventos qui avait introduit en Amérique du Sud l'emploi du B.C.G.. Nous le connaissions bien, car il nous avait adressé des malades et il était l'oncle de Raventos Jacynthe, jeune chirurgien qui apprenait avec nous la chirurgie thoracique !

Tout fut donc pour le mieux et, ayant rapidement reçu le double des travaux de recherche sur le Fluothane, je fus heureux de recevoir par la poste, dix flacons pour essai, fin 1954. Je les ai dédouanés le jour même en rendant une visite annoncée au directeur régional que nous avions opéré deux années auparavant. Il a très bien compris l'enjeu de cet essai : j'ai donc retiré mon colis du bureau, au rez-de-chaussée, dont je connaissais les responsables et qui s'attendaient à cette fin. L'utiliser avec un vaporisateur à éther sur mon Marrett fut très facile dès le premier malade et je reniflais cette vapeur inhalée assez fréquemment pour en avoir une idée précise... et sur quelques malades l'essai fut concluant ! Le réveil était très rapide, moins de vingt minutes après l'arrêt.

Restait donc, grâce au Fluothane, le problème, relatif pour moi, de la curarisation et de l'induction, souhaitée plus facile qu'avec le Penthotal. En peu de temps, tout fut résolu : La Célocurine, enfin disponible, mais en petites quantités m'a comblé pour les endoscopies surtout : grande simplicité d'utilisation, temps d'action très maniable et surtout le produit dispensait de toute décurarisation sauf pour des cas très particuliers décelables par le laboratoire !

A Marseille et en France la D-Tubocurarine (DTC) était mal utilisée et la « décurarisation » mal conduite à mes yeux, avec de graves conséquences, par incompréhension du problème ! Et pourtant, le laboratoire avait toujours précisé que la prostigmine devait toujours être associée au sulfate d'atropine ; à mes yeux, 0,5mg. D'atropine suffisait mais c'était impératif !

Il y eut des décurarisations mal conduites, sous anesthésie générale... et qui ont provoqué le décès de malades ! Une mauvaise connaissance du produit en était la cause ou même, une ignorance totale de ses conditions d'emploi.

Cela était très triste mais, pour moi, depuis mon séjour à Liverpool en 1946, c'était une donnée essentielle !

Le deuxième problème, me semblait-il, consistait à trouver un remplaçant aux barbituriques pour l'induction de routine ou pour de courtes anesthésies, le cas échéant, comme les endoscopies bronchiques, par exemple. En peu de temps ces deux problèmes furent

résolus pour moi. La Célocurine se révéla très intéressante, bien tolérée, avec des effets réguliers et très vite, j'ai remplacé les injections successives par une perfusion : Un gramme pour 250 ml ; cela me donna un grand confort. Un après-midi, à St. Victor, un représentant médical me contacta très discrètement à la demande de son laboratoire, il me présenta un nouvel anesthésique par voie intraveineuse, le tout associé à une volumineuse documentation sur l'Épontol...

Ayant tout lu le soir, ce fut pour moi un peu comme la quête du Graal ! J'avais enfin deux produits qui, combinés, apportaient enfin, par leur association, une anesthésie à profondeur variable et l'autre, le relâchement musculaire de courte durée ou de longue durée au choix, très simplement.

La Célocurine m'ayant comblé, j'attendais beaucoup de ce nouveau produit. Je l'ai essayé le lendemain après-midi à St. Victor pour un malade externe. Tout se passa très bien et même trop bien : Le réveil fut complet dès la fin de l'examen... et le malade, allongé dans un box, quitta la clinique à pied très normalement en oubliant de passer par le bureau pour régler son dossier, il est parti tout simplement sans se cacher, il pensait que tout était bien et qu'il pouvait partir ! Revu une semaine plus tard, il s'en est expliqué ; son départ lui semblait naturel car il avait son rendez-vous fixé sept jours après, il avait omis de passer par le secrétariat en toute bonne conscience !

J'ai, dès lors, utilisé ce produit pour les inductions sans trouver de contre-indications évidentes. Très vite, je l'ai utilisé comme seul agent anesthésique après quelques essais de durées variables, en injections répétées et très vite en perfusion comme la succinyl-bischochine : *célocurine* ou *succurarium*.

Ce fut très intéressant et rapidement j'ai pu gérer deux perfusions péropératoires Épontol et Succurarium et j'ai rapidement appris par le laboratoire que des anesthésies de longue durée étaient aussi utilisées au C.H.U. de Bordeaux.

J'avais conservé le Fluothane pour les interventions importantes ; ainsi, avais-je le choix selon le malade et son état général entre deux techniques peu agressives et qui répondaient bien à la procaine intraveineuse.

Entre-temps l'équipe avait fortement évolué. Initialement, nos malades étaient porteurs de suppurations bronchiques d'origines diverses et la moitié étaient des tuberculoses pulmonaires. L'intubation bronchique gauche, apprise au Brompton avec un tube de Machray résolvait admirablement les problèmes pour le côté droit mais pour les interventions gauches, le contrôle était plus difficile car je n'avais que les bloqueurs intra-bronchiques difficiles à placer et bougeant souvent en réponse aux manipulations chirurgicales. Il y avait là un vrai problème.

Puis dès 1951, le nombre de tumeurs broncho-pulmonaires augmenta très vite alors que les lésions tuberculeuses commençaient à diminuer ! Et les malades atteints de bronchectasie ou d'abcès pulmonaires diminuèrent aussi très nettement comme si on avait épuisé le « stock » existant ! Cependant notre activité était fort gênée par les difficultés d'hospitalisation et, après des tentatives plus ou moins réussies il fallut arrêter la répartition de ces malades en deux ou trois endroits différents. La chirurgie thoracique était exigeante en temps, appareillage, personnel et en suites opératoires à cause de cette dispersion des lieux et du temps perdu. Il fallait trouver une solution à ce problème pour diminuer les risques courus par nos malades.

Hôpital Saint-Joseph

En 1951, grâce au Dr de Vernejoul, membre du conseil d'administration de l'hôpital, il fut décidé de nous admettre dans cet hôpital. Le patron m'avait demandé d'y venir quelque fois pour des interventions difficiles et l'ambiance du lieu m'avait beaucoup intéressé. Les sœurs dominicaines de la Passion de Tours étaient présentes partout, et tout fonctionnait avec une certaine souplesse et un grand dévouement. J'avais pu, ainsi, nouer de véritables amitiés avec quelques unes et cela a du compter dans la décision prise par le conseil d'administration, dont beaucoup de membres étaient des industriels ou de gros commerçants très connus.

C'était en 1951 et les lits n'étaient pas garantis ! Cependant, promptement, nous fûmes installés dans la consultation de pneumologie-physiologie au rez-de-chaussée, à côté des locaux de l'administration de l'hôpital et il y fut construit une petite salle d'opération et ses annexes. Le matériel fut amené très rapidement ; les plans et tout le nécessaire avaient été établis par nos soins. Il fallut attendre février 1952 pour commencer.

Entre-temps, j'étais retourné à la Timone, au magasin des surplus américains car j'avais établi avec le responsable une solide amitié au fil du temps. Je lui avais expliqué certaines choses avec les références des emballages divers. J'en ai ramené deux appareils de Heidebrink, de la chaux sodée, des seringues, aiguilles, tensiomètres et divers instruments de chirurgie avec deux bistouris électriques « Bovie » tout neufs, encore dans leur caisse d'origine.

L'hôpital ne reçut jamais la facture de tout cela...

L'hôpital avait été livré rapidement par ses fournisseurs, ce qui nous surprit, et tout fut prêt au début de février 1952.

Pour commencer, la sœur responsable du bloc, sœur Mathilde, avait choisi son personnel parmi les nombreux candidats. Certains étaient encore en place en 1988, lors de ma mise à la retraite. Il fallut apprendre à ces personnes ce qu'était la chirurgie thoracique et les

évolutions post-opératoires suivant nos exigences. Les bonnes volontés ne manquaient pas, ce qui était de bon présage

A la mi-février, tout fut prêt ! Nous commençâmes par une décortication, intervention assez simple à suivre en postopératoire pour le personnel. Ce fut un succès total et notre installation dans l'hôpital en fut facilitée. Il nous fallut alors « grappiller » des lits en pneumologie ou en chirurgie générale, mission plus ou moins facile. Il y avait en effet affluence dans tous les services. Sœur Mathilde, du bloc, la pharmacienne, sœur Blanche, nous répétaient sans cesse : « Cela va s'arranger en priant l'abbé Fouque » le fondateur de cet hôpital en 1920-1923. « Il nous faut croire et espérer ! » et cela dura plusieurs mois...

En mars 1952 arriva un matin aux entrées un homme âgé, habillé discrètement, et porteur d'un volumineux paquet entouré de journaux et plus ou moins bien ficelé. Il demanda à voir sœur Jean, la trésorière de l'hôpital. « Avez-vous rendez-vous ? – Non... - Sœur Jean est partie en ville avec Mère François, la Mère Supérieure et elles ne reviendront pas avant la fin de la matinée »

Le visiteur trouva une chaise, attendit... et finit par se retirer vers les onze heures en demandant à la sœur de remettre « cela » à sœur Jean.

Il partit sans donner son adresse. Vers midi, sœur Jean rentra avec la Mère Supérieure prit le paquet et alla dans son bureau à côté du bloc administratif. A 12h 30, le téléphone sonna, Sœur Mathilde écouta, me regarda, me dit « Sœur Jean vous appelle et c'est urgent ». Elle me remplaça pour assister la respiration du malade et j'ai écouté Sœur Jean : « Monsieur Hartung, j'ai l'argent du bloc et du service, passez me voir quand vous aurez fini et pas un mot à qui que ce soit, même à Monsieur Métras ».

Je repris ma place et sœur Mathilde était transfigurée ! Faut-il dire qu'à ce point, nous avions depuis longtemps réfléchi, pensé, dessiné ce que nous pensions désirable comme service : Services hommes, femmes, deux salles d'opération et les autres : endoscopies, radiographie et bureaux.

Le conseil d'administration avait examiné tout cela et en conclut qu'il fallait surélever le bâtiment, en U actuel, d'un étage pour réaliser le projet en le centralisant. L'architecte de l'hôpital en fit les plans sous notre contrôle, l'autorisation de construire fut accordée, le tout en trois mois. La dépense était estimée à 1.500.000 francs pour l'ensemble ! Le conseil ne disposait que de 500.000 francs : projet impossible ?

L'impensable arriva quelques temps après ! Les plans, revus, furent acceptés et il ne nous restait plus qu'à attendre, avec impatience, le déroulement des travaux pour les deux années à venir. Le conseil d'administration avait donné son accord et Mère François me dit,

un jour, « l'argent des travaux vient de ce don mystérieux, il me reste encore une forte somme d'argent en attente, je vous la réserve pour des améliorations ou achats de compléments, faites-moi parvenir vos désirs éventuels en accord avec le Dr Métras ». Cela représentait 500.000 Francs, sur les deux millions de francs de ce don, resté anonyme !

Tout ne fut pas utilisé car tout avait été prévu : climatisation, gaz médicaux centralisés, et autres perfectionnements.

Nos voyages en Scandinavie, en Angleterre et aux U.S.A., pour Métras, nous avaient permis de penser et réaliser un ensemble ultra-moderne, à la pointe du progrès, de nos désirs et ambitions; un bloc opératoire totalement prévu pour la chirurgie cardiaque avec cage de Faraday pour les enregistrements E.E.G. et E.C.G. jugés nécessaires, vide et oxygène en bornes. Tous les lits étaient pourvus de l'oxygène et du vide muraux ; les portes étaient largement dimensionnées pour l'accès des brancards porte-malades. Bref, il était difficile de faire mieux en 1954-55 !

Nos fréquents déplacements à l'étranger portaient enfin leurs fruits ! Tout fut prêt pour Noël 1955. L'inauguration fut discrète, l'hôpital avait changé d'aspect après le rehaussement d'un étage sur le bâtiment central en U : Deux services de soixante lits chacun, la partie centrale du U abritait les chambres, bureaux et salles diverses ; Bref, un ensemble homogène auquel peu de services en France pouvaient être comparés.

Le service ouvrit pour le début de l'année 1956, il y eut beaucoup de visites, non refusées, dont des confrères d'en face ! Leurs visages, à leur départ, témoignaient de leurs sentiments... Finalement, cela nous coûta cher par la suite, nous nous en doutions un peu, mais pas à ce point... En quelques jours les lits furent occupés et le travail, le vrai, commença. Le personnel choisi et retenu était jeune et devait nous rester fidèle longtemps. En dehors de St. Joseph il ne nous restait que la clinique St. Victor à rénover ultérieurement. L'ouverture du service nous simplifia la vie considérablement, comme espéré !

Mais en dehors de Saint-Joseph nous avions toujours deux activités auxquelles nous tenions beaucoup : le mardi, séance opératoire au sanatorium du Petit Arbois, aux Milles, près d'Aix-en-Provence, service départemental ; nous y avions un petit bloc très bien équipé et des médecins habitués à cette chirurgie et aux suites post-opératoires. C'est là que nous avons réalisé les premières décortications en France. Cela avait débuté en janvier 1951 ; le médecin-chef, le Dr Warnery attendait cela depuis longtemps, le lieu était agréable, confortable et à trente minutes de déplacement depuis Marseille.

Henri Métras avait passé l'examen de chirurgien des sanatoria et cela nous ouvrit les portes du Petit Arbois. Pour cette salle d'opération, j'avais un équipement homogène, comme à Saint-Joseph, en particulier, une table d'anesthésie qui permettait d'avoir sous la main tout ce qu'il fallait : tubes, laryngoscope, va et vient de Waters, tubes annelés, tous les raccords trachéaux de chez King, Londres et un rhéostat pour la bronchoscopie. Cela était très confortable car j'avais en plus ajouté un tiroir pour tous les produits nécessaires. Dessinée par moi-même, cette table fut un succès commercial et en dehors de Marseille !

Nous allions aussi, une fois par mois, à Briançon à partir de 1954, au « sanatorium des neiges » émanation de la Marine Nationale donc de l'hôpital Sainte-Anne de Toulon qui depuis longtemps nous adressait tous ses malades nécessitant une chirurgie thoracique (depuis 1947). Ainsi avais-je retrouvé le ski, en hiver, comme à Chamonix en 1929, quand on allait à la maternelle le matin et le soir pour en redescendre par les champs d'à côté, avec des skis de frêne, recourbés sur une lessiveuse bouillante. Après la classe, on pouvait redescendre sur le village par les champs et, enfin, retrouver la route.

Nous restions deux jours à Briançon pour les séances opératoires et les consultations auprès des futurs opérés du mois suivant. Cela se passait le mardi et le mercredi et nous allions en voiture, à trois : H. Métras, l'instrumentiste et moi-même. A l'époque, le voyage durait quatre à cinq heures suivant le temps rencontré mais la vie « aux neiges » effaçait vite tous les tracas. Le retour du jeudi matin permettait de tenir le cabinet à St. Victor.

A Briançon, j'avais fait acheter un respirateur de Barnett avec un Heidbrink et mes équipements de Waters ; ainsi pouvait-on stériliser les circuits utilisés.

A tout cela, il fallut ajouter une présence au laboratoire de chirurgie expérimentale, au palais du Pharo, dans les anciens locaux de l'annexe d'anatomie, fermée lors de l'ouverture de la nouvelle Faculté de Médecine à la Timone. Ce laboratoire, dont le responsable était le Pr de Vernejoul. Des chiens y étaient opérés et disposaient d'un chenil post-opératoire après les séances de circulation extracorporelle ou de chirurgie expérimentale. Nous y avons tenté une technique de suture bronchique à lèvres disséquées car les fistules bronchiques étaient une complication fréquente en post-opératoire. Pas pour nous, mais elle avait été redoutée par V. Aubert et nos contemporains de Salvator. Nous avons eu des cas à reprendre et cela nous concernait : la dissection des lèvres de la recoupe bronchique permettait de supprimer la tension due au cartilage ; ce fut un succès complet.

J'ai fait un film en 16 mm. Kodachrome sur le sujet ! Mais c'était peu de chose à côté de la mise sur le marché de l'héparine. Ce fut la fin de ces embolies pulmonaires survenant sans troubles préalables évidents dans le post-opératoire, au bout de sept à dix jours.

Nos malades avaient payé un lourd tribut et ce fut à mes relations très amicales avec le Pr Craaford du Karolinska Hospital de Stockholm que nous devons cet avantage thérapeutique. Il nous a avertis de l'arrivée tant attendue et espérée de ce nouveau médicament. Nous avons pu bénéficier, grâce à lui, d'expéditions directes en attendant la mise sur le marché officielle. Ce fut un très grand progrès enfin !

Craaford était un ami de longue date de V. Aubert : Il avait en 1938 fait imprimer sa thèse, « *Pneumonectomie in man* » où la technique fut décrite avec soin ; Il avait utilisé un respirateur à fréquence réglable et automatique, le Spiropulsator. V. Aubert en acheta un dès que cela fut possible en 1947, mais le système avait un volume courant utilisable de 700 à 800 Ml. maximum, ce qui à mes yeux était trop faible et sa pression inspiratoire était trop basse. Mon expérience le confirma et je l'abandonnais rapidement car il ne pouvait pas lutter avec l'inflation manuelle d'un va-et-vient de Waters, tout au moins entre mes mains. La respiration automatique était gérée par un mécanisme utilisé par la maison « AGA » pour le contrôle automatique des phases et c'est l'ingénieur Frenkner qui avait mis au point cela. Chez un sujet sain ou sans trop de problèmes respiratoires (Fibrose...) cela allait mais la réalité quotidienne était bien différente. Je n'ai jamais cherché à améliorer le débit-pression de cette valve de Frenkner mais j'aurais préféré une vraie pompe à pression réglable, ce qui était facile à réaliser.

L'usage quotidien du va et vient m'avait aidé à franchir ce pas. Ce système de Waters, de Minneapolis, unique pour l'anesthésie au cyclopropane, a connu la gloire en Angleterre lors du Blitz ; il a permis à nos confrères anglais de ventiler efficacement ces malades en initiant la respiration contrôlée. Nosworthy a publié sur ce sujet des pages inoubliables et mon ami Machray y a ajouté l'intubation bronchique gauche : Ce tube fabriqué par la B.O.C. était facile à utiliser sous bronchoscopie. Je l'ai appris en 1946 au Brompton Hospital de Londres. Magill avait imaginé une trousse à intubation bronchique gauche et droite mais peu maniable et de diamètres top forts. Après avoir réfléchi sur la question, un soir d'avril 1956, en dormant, j'ai trouvé la solution. J'étais en voyage de noces, aux Baléares et le soir de mon retour sur Marseille, j'ai fait de mes mains un modèle : essayé le lendemain, ce fut un succès. La B.O.C. l'a fabriqué jusqu'à son arrêt en 1986. Il pouvait être placé par bronchoscopie, mais, c'était très facile aussi à l'aveugle : Il suffisait de regarder les mouvements respiratoires à gauche et à droite et de le contrôler au stéthoscope. Avec l'habitude, ce principe fonctionnait à gauche également. Si le

lobe supérieur était ventilé, tout allait bien. Cela ne fut jamais publié en France mais, présenté en Espagne, au Portugal et à Sainte-Anne, à Toulon. Peu de gens pouvaient cependant comprendre cela. La technique de suture bronchique à la Métras et le savoir sur les intubations bronchiques gauche et droite avait résolu nos derniers problèmes opératoires. Nos interventions pour anastomose bronchique ou trachéo-bronchique furent facilitées de façon régulière et cela augmenta les indications opératoires.

Ce séjour aux Baléares, en avril 1956, voyage qui m'avait permis de passer un mois « pour la joie de vivre », était la suite de mon mariage avec une jeune consœur, pédiatre dans le service du Pr Giraud à la Conception et que j'avais rencontrée un après-midi dans la villa construite à Cassis par Métras. Cette étape heureuse de l'existence fut assombrie car à mon retour, je trouvais mon ami H. Metras au repos, suite à des crises de goutte répétées. Ce qui apparaissait fort triste pour le gourmet qu'il était ! Et cela devait durer !

Heureusement, son assistant chirurgical, le Dr Henri Longefait, pouvait le remplacer.

Ce fut ainsi de plus en plus fréquemment. C'était important pour l'hôpital Saint-Joseph, bien sur, mais il y avait un problème dont l'épouse d'Henri et notre ami le professeur Paul Laval, pneumologue distingué, avaient décidé de ne pas m'informer pour ménager un peu ma situation devenue grave à mon insu ; j'avais été trop proche de lui pour pouvoir rester à ses côtés quotidiennement par la suite. Suivant son évolution, j'avais accès à tous ses examens qui étaient présentés comme normaux... et puis, alors que je commençais à envisager deux diagnostics possibles, tous les deux très graves, un jour, alors que je quittais Saint-Joseph, début juillet 1957, un de mes amis, biologiste, me jeta, en pleine figure, le diagnostic et les examens de laboratoires faits par lui en ville : « Leucémie myéloïde »...

Tout s'écroula et je suis revenu à mon domicile sans trop savoir comment. Il m'a dit ultérieurement avoir fait cela par charité... Longefait me confirma tout cela. Immense tristesse, profonde détresse ! Il allait nous rester de tout cela ce service Saint-Joseph ! Henri s'en alla à Cassis, dans sa villa du Revestel où je suis allé souvent jusqu'au 31 juillet, date des vacances.

En août, son état empira, et je suis resté avec eux, puis le 10 août il m'a demandé de le transférer chez le Pr Hamburger, à Paris, à l'hôpital Necker. Nous y fûmes très bien reçus mais son état s'aggrava et il mourut le 19 août, en détresse respiratoire pendant une tentative de trachéotomie.

Hamburger et son assistant avaient été très proches de moi, mais cela ne changeait que peu de choses. Revenu, par la route, à Marseille, il fut déposé à la chapelle de Saint-Joseph où je l'ai veillé toute la nuit. Il

fut inhumé au cimetière Saint-Pierre après une messe à la chapelle de l'hôpital qui était comble. Tous ces sentiments exprimés me réconfortèrent un peu. La vie reprit et le conseil d'administration avait nommé Henri Longefait chef de service.

Alors, tout changea : nous perdîmes rapidement la clientèle étrangère : Italie du nord, Catalogne et Portugal... Puis j'ai perdu toute mon activité d'endoscopies et de bronchographies infantiles que je faisais depuis 1950. En juillet 1956, vers le 20, j'avais eu à m'occuper d'une jeune femme de vingt-trois ans qui s'était soumise à une cure d'amaigrissement à la Ciotat. Son médecin traitant était un ami et me l'avait confiée car elle était devenue manifestement myasthénique et il savait notre connaissance particulière de cette pathologie. Je l'ai récupérée, un après-midi, dans une clinique de La Ciotat, où elle gisait sur un brancard en état de détresse respiratoire. Je l'avais vue, une semaine auparavant, j'avais averti les parents de la gravité de son état et leur avais conseillé l'achat d'un « Ambu ». Je l'ai ramenée en ambulance à Saint-Joseph où elle fut mise sous respiration artificielle. Opérée le lendemain-matin d'une thymectomie, elle dut rester trois mois en réanimation, trachéotomisée, sous respiration artificielle. Elle revint chez ses parents avec un traitement adapté (prostigmine) tout en conservant sa canule. Je la voyais régulièrement à la demande de son médecin-traitant que j'avais informé à ce sujet au maximum.

En 1959, elle avait pu baisser considérablement sa médication mais développait tous les signes cliniques d'une importante sténose trachéale sous la trachéotomie. Revenue à St. Joseph, elle fut réopérée pour une résection-anastomose trachéale. J'ai employé pour cela mon mélange Épontol-Célocurine et la ventilation fut effectuée par « jet-ventilation » : j'avais réalisé un montage qui me permettait d'avoir un débit d'oxygène réglable grâce à un oxygénateur de pilote de Mirage (Dassault), le tout monté sur un système à commande manuelle avec une valve de pression réglable, me donnait un appareil de ventilation artificielle à commande manuelle très maniable, alimenté par une prise d'oxygène. Je l'utilisais pour les endoscopies adultes et enfants à St. Joseph et en chirurgie infantile au CHU-Nord, où je m'occupais des cas thoraciques.

C'était simple, léger et très maniable. Pour elle j'ai complété le raccord de sortie d'oxygène à la place du masque par un tube en matière plastique, se terminant par une sonde de Nélaton de petit diamètre et qui devait passer au-delà de la sténose. L'induction faite, j'ai simplement ajusté cette sonde à un tube me permettant une ventilation efficace et une bonne expiration directement à travers la trachéotomie. Trois ou quatre essais furent nécessaires, avec des tubes stériles, en en gardant un petit nombre pour l'utilisation par le chirurgien. Cela fonctionna parfaitement. En post-opératoire, j'ai gardé une sonde en place par sécurité pour une journée ; ce fut inutile car elle se ventilait très bien. Après une évolution jugée normale, elle revint dans sa famille, avec une prescription de prostigmine à faible dose que j'avais prévue pour six mois. Elle eut par la suite une vie normale et s'est mariée...

Longefait avait passé son examen de chirurgien des sanatoria publics et nous avons repris, deux années plus tard, nos activités au Petit Arbois et à Briançon. La tuberculose était presque éradiquée par les traitements médicaux et notre activité chirurgicale s'arrêta vers 1969.

Les années passèrent et en 1988, mon activité fut arrêtée à St. Joseph où j'avais pu développer à la maternité Ste Monique l'utilisation des péridurales.

Entretemps, j'avais eu deux enfants, Olivier, né le 14 juillet 1966 et Hélène, le 22 juin 1968... Mon épouse, Michèle, était maître de conférences dans le service du Pr André Stahl, à la faculté, en cytogénétique, apprise auprès du Pr Lejeune à Paris en 1962.

Ma mise à la retraite en 1988 à Saint-Joseph, avait été précédée de trois mois par celle de H. Longefait... Ainsi se termina cette belle aventure où j'avais été un enfant de la guerre ! ...

Le 13 juin 2014, Marseille
Louis Hartung



Le Dr Louis Hartung en conversation avec le Pr Alain Neidhardt.