

Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 60 (1950-1951)
Heft: 9

Artikel: Une nouvelle spécialité médicale : l'anesthésie
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-558687>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Il y a peu d'années encore, les narcoses opératoires ne requéraient pas d'assistants spécialisés; le soin en était simplement confié à un infirmier, dont la tâche n'était guère difficile: il s'agissait pour lui, avant tout, de maintenir en place le masque à éther et de l'humecter régulièrement. Mais, peu à peu, la situation s'est totalement modifiée. L'anesthésie est devenue une science complexe, qui nécessite d'importantes connaissances techniques et physiologiques; sans cesse, le nombre des substances narcotiques se multiplie, tandis que l'appareillage se perfectionne. Si bien qu'aujourd'hui, on ne saurait concevoir une intervention de grande chirurgie sans le concours d'un médecin spécialiste, «l'anesthésiste».

D'Esculape au Dr Simpson

Devant un tel raffinement dans l'art d'«endormir» son prochain, on a de la peine à imaginer ce qu'était une opération chirurgicale avant l'application de l'anesthésie: le patient ligoté, hurlant de douleur, suppliant qu'on le laissât mourir plutôt que de prolonger son martyre, tandis que le scalpel tranchait à vif dans les chairs... Il y a une centaine d'années encore, on ne connaissait qu'un seul narcotique: l'alcool. A l'exemple d'Esculape, fils d'Apollon qui — si

l'on en croit les tablettes retrouvées à Epidaure — obtenait de miraculeuses guérisons au cours du sommeil de l'ivresse, on saoulait les candidats à la table d'opération! Dans ces conditions, la qualité maîtresse d'un bon chirurgien était la rapidité. Et Velpeau, qui faisait voler une jambe en moins d'une minute, disait en 1829: «Eviter la douleur en chirurgie est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui.» Il était difficile d'être plus mauvais prophète! En effet, quinze ans plus tard, le dentiste américain Horace Wells faisait les premiers essais avec le protoxyde d'azote et, en 1846, Morton et Jackson appliquaient l'anesthésie à l'éther qui devait avoir un retentissement prodigieux. L'année suivante, le physiologiste Flourens endormait des animaux avec le chloroforme que le chirurgien Simpson employait bientôt pour ses opérés. Désormais, il était possible d'envisager une intervention chirurgicale de longue haleine. Certainement, c'est à l'anesthésie — et aussi à l'asepsie — que la chirurgie a dû son remarquable essor pendant la première moitié de notre siècle.

A narcose moderne, anesthésiste qualifié

Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour reconnaître que la responsabilité d'une narcose importante doit être confiée à un anesthésiste qualifié. Concentré sur l'opération elle-même, le chirurgien n'a pas à surveiller le sommeil de son malade. L'excellence de l'anesthésie lui procure une parfaite sécurité en supprimant la toux, les arrêts respiratoires, les syncopes, et en assurant une immobilité totale et un relâchement musculaire complet.

Avant d'entreprendre la narcose proprement dite, on prépare habituellement le malade par l'injection d'un médicament propre à le détendre et amorcer son sommeil. Les dérivés naturels ou synthétiques de l'opium ainsi que les barbituriques (luminal) permettent de diminuer la quantité d'anesthésique nécessaire tout en produisant une euphorie bienvenue pendant l'heure toujours un peu angoissante qui précède l'acte chirurgical. En outre, on utilise volontiers la belladonne ou l'atropine qui, à côté de leur action apaisante, présentent l'avantage de diminuer les sécrétions des voies respiratoires, limitant ainsi les risques d'asphyxie et de broncho-pneumonie. Enfin, toutes les fois que ce sera nécessaire, on administrera des tonicardiaques ou d'autres médicaments destinés à soutenir la circulation.



Le Chirurgien, eau forte de Cornélius Dusart.

Les principaux narcotiques

Afin d'éviter l'angoisse que provoque l'application du masque, on commence volontiers l'anesthésie par l'injection intraveineuse d'un «starter», tel le Narconumal ou l'Evipan, qui, en quelques secondes, sans aucune sensation pénible, abolit totalement la conscience. Toutefois, ces médicaments ne provoquent pas une détente suffisante pour les grandes opérations. On les emploie donc isolément pour de petites interventions comme l'incision d'un panaris; dans tous les autres cas, leur action sera complétée par d'autres anesthésiques.

L'éther demeure le narcotique le plus largement employé. Il possède en effet une très grande «marge de sécurité» entre la dose suffisante pour conduire au sommeil et celle qui peut provoquer une syncope. Il possède toutefois l'inconvénient d'être assez irritant pour les voies respiratoires et de provoquer fréquemment des nausées et des vomissements au réveil.

Le Cyclopropane, récemment introduit, connaît une assez grande vogue. Bien que puissamment anesthésique, il n'irrite pas les voies respiratoires et permet un réveil plus agréable. Mais sa marge de sécurité, notamment, plus étroite que celle de l'éther, exige un contrôle sévère par un anesthésiste expérimenté. On emploie assez souvent un mélange d'éther et de cyclopropane.

Actuellement, le chloroforme n'est plus guère utilisé qu'en obstétrique. En revanche, on

revient de plus en plus au protoxyde d'azote qui, nous l'avons vu, est la plus ancienne de nos substances anesthésiques. Le protoxyde d'azote, également appelé «gaz hilarant» du fait de son action euphorique — d'ailleurs inconstante — est spécialement peu toxique. Sous son action, le malade s'endort et se réveille très facilement, si bien que certains appareils permettent au patient de régler lui-même sa narcose au moyen d'une poire de caoutchouc qu'il comprime dès que les douleurs se font sentir. De telles narcoses superficielles rendent de grand services aux dentistes et aux accoucheurs.

Pour obtenir le relâchement musculaire parfait, indispensable aux opérations abdominales, on a introduit, en 1942, l'emploi du curare. Cette substance, qu'utilisaient les Indiens pour empoisonner leurs flèches, détermine une paralysie musculaire complète mais transitoire. Elle permet par conséquent de diminuer sensiblement la quantité d'anesthésique et, de ce fait, les troubles qui font suite à la narcose. Mais son maniement est très délicat, car de trop fortes doses peuvent entraîner la paralysie des muscles respiratoires. La respiration artificielle et l'emploi d'un antagoniste du curare — la Prostigmine — permettent de remédier à de tels accidents.

L'anesthésie en circuit fermé

Toutes nos grandes cliniques possèdent aujourd'hui d'ingénieux appareils d'anesthésie en circuit fermé grâce auxquels le sujet endormi respire — selon les besoins — soit de l'anesthésique, soit de l'oxygène, soit du gaz carbonique. La face de l'opéré prend-elle la teinte bleuâtre des asphyxiés, on augmente la quantité d'oxygène; la respiration devient-elle irrégulière, on intensifie l'apport de gaz carbonique qui stimule les centres respiratoires. Grâce à ce dispositif, on évite le refroidissement des poumons et les

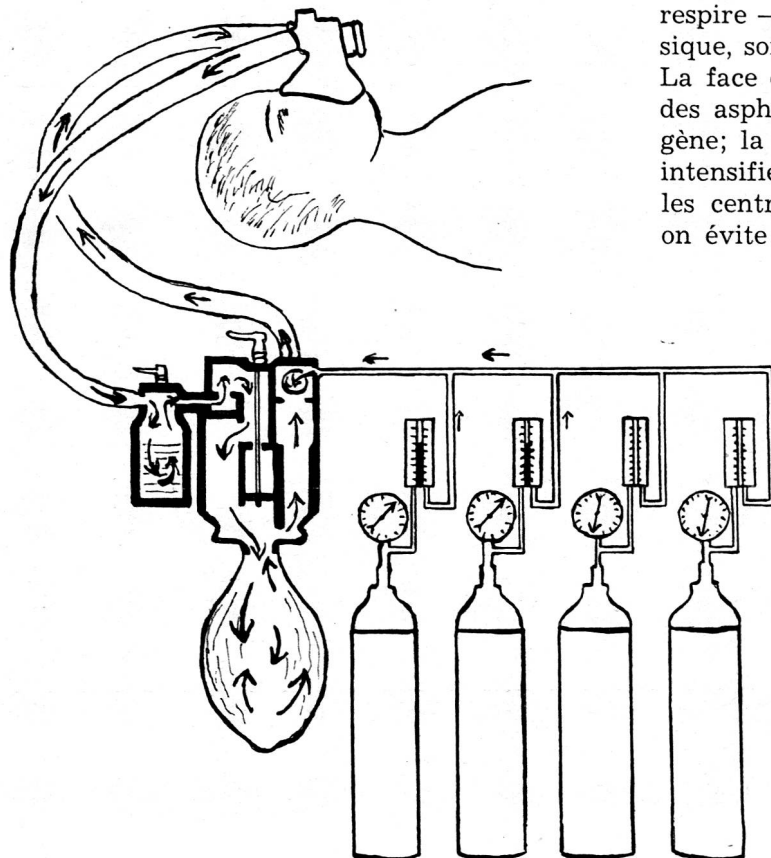
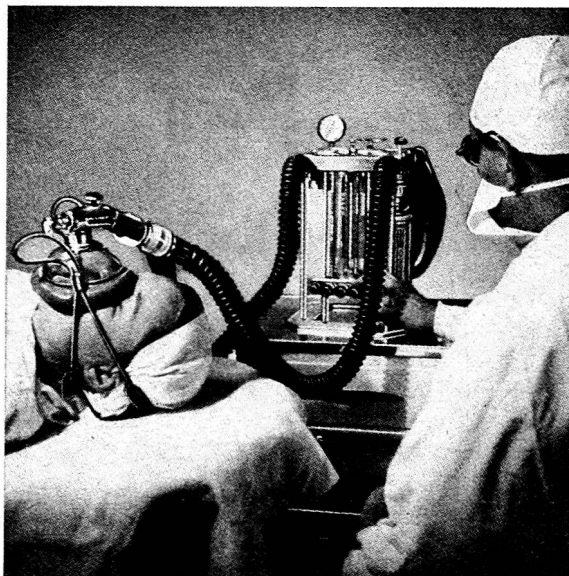


Schéma d'un appareil à anesthésie en circuit fermé. - Des bombes contenant les narcotiques ainsi que l'oxygène et le CO₂ sont reliées à l'appareil par un tuyau. L'apport et sa proportion sont réglés par l'anesthésiste qui peut constamment surveiller le débit. Le mélange de gaz pénètre dans l'appareil de circuit fermé, il est conduit au masque par un tuyau flexible de caoutchouc. Il revient après expiration par un second tuyau en passant par une cuve à chaux sodée qui absorbe le gaz carbonique exhalé par le patient, et rentre dans le circuit. Le ballon de caoutchouc permet par son élasticité de maintenir une pression constante. Les flèches montrent le sens de circulation des gaz.

bronchopneumonies post-opératoires; de plus, on économise un anesthésique souvent coûteux.

L'obstruction des voies respiratoires par le sang, les vomissements et les sécrétions offre un des plus importants obstacles aux narcoses prolongées. Pour obtenir le libre passage de l'air, on introduit un tube dans la trachée, qu'un aspirateur permet de libérer des liquides qui pourraient l'obstruer. De plus, le tube trachéal permet d'entreprendre une respiration artificielle et d'éviter l'affaissement des poumons en cas d'ouverture de la cage thoracique. Ce sont les méthodes d'anesthésie en circuit fermé et l'intubation trachéale qui ont permis à la chirurgie du poumon, du cœur et de l'œsophage d'atteindre l'essor qu'elle connaît aujourd'hui.

Tandis que le chirurgien opère, l'anesthésiste surveille les réactions de son malade. Il contrôle régulièrement le pouls, la pression artérielle, la respiration, le teint, les réflexes. S'il y a lieu, il pratique, au cours même de l'intervention, une transfusion de sang, une infusion de plasma ou de sérum physiologique ou encore une injection destinée à exciter les centres respiratoires (Lobéline, Coramine, etc.). D'après les réactions qu'il observe, il règle la dose de narcotique, l'apport d'oxygène ou de gaz carbonique. On a pu dire à juste titre que le chirurgien était responsable de l'opération et que l'anesthésiste était responsable de la vie de l'opéré.



En fait, c'est grâce au perfectionnement des techniques d'anesthésie que sont devenues possibles des opérations de quatre à cinq heures et davantage encore, comme celles qu'on pratique sur l'œsophage ou les poumons. Cette nouvelle spécialité médicale est devenue l'auxiliaire indispensable de la chirurgie. Elle a donné la possibilité de sauver d'innombrables vies humaines en autorisant une plus grande audace et surtout en évitant les complications post-opératoires.

En marge d'un congrès QU'EST-CE QUE L'ALLERGIE?

*Nous reproduisons d'après «Médecine et Hygiène» * et avec l'autorisation de l'auteur quelques passages de l'intéressant article publié par le professeur Loeffler, de Zurich, à l'occasion du 1^{er} Congrès international d'allergie, à Zurich.*

Le mot «allergie» a été employé pour la première fois par le pédiatre viennois Clemens von Pirquet pour définir un mode spécial de réaction chez certaines personnes à l'égard de substances déterminées. Il s'agissait tout d'abord de la réaction, qui était déjà connue il y a bien des siècles sous le nom d'idiosyncrasie, que certaines personnes présentent si elles sont particulièrement sensibles à l'égard des fraises ou des écrevisses, ou du fromage, ou du miel, des concombres, du vin de Bordeaux, de certaines primevères, etc. ou de certains médicaments comme le Pyramidon et les dérivés de l'arsenic et, enfin, de certaines substances bactériennes, tandis que ces mêmes matières n'indisposent pas d'autres personnes.

L'allergie est particulièrement dangereuse lorsqu'un sujet présente une réaction cutanée ou asthmatiforme à la suite d'une piqûre de guêpe; dans certaines circonstances, lors de plusieurs piqûres, la mort peut

s'ensuivre. L'allergie est également dangereuse lorsqu'on administre de manière irrationnelle certains médicaments et que l'organisme devient peu à peu sensibilisé à l'égard de ces substances, sans que le sujet puisse le remarquer. On peut faire une réaction fébrile à 40 degrés après l'absorption de quelques tablettes de Pyramidon à 0,2 g; on peut tomber gravement malade à la suite de l'ingestion de quelques tablettes de Pyramidon; on peut même en mourir, à la suite de la destruction complète des plaquettes sanguines et l'absence de néoformation. Si l'on cesse à temps l'administration du médicament dangereux, on peut assister à la guérison.

Dans tous les processus pathologiques de la vie quotidienne, dans les inflammations pulmonaires et surtout dans la tuberculose, l'allergie joue un rôle prédominant.

Le premier Congrès international d'allergie a pour but de faire le point de nos connaissances théoriques actuelles dans le domaine de l'allergie. Des savants remarquables, venant de tous les pays du monde, nous communiqueront les résultats de leurs travaux et apporteront une contribution essentielle pour une meilleure connaissance des bases fondamentales de cet important domaine théorique et pratique de la science médicale.

Prof. Ch.-W. Loeffler.

* Numéro spécial du 23 septembre 1951.