Catholic Hospital Digital History Book Collection

Documenting the legacy and contribution of the Congregations of Religious Women in Canada, their mission in health care, and the founding and operation of Catholic hospitals.

Livres numérisés sur l'histoire des hôpitaux catholiques

Retracer l'héritage et la contribution des congrégations de religieuses au Canada, leur mission en matière de soins de santéainsi que la fondation et l'exploitation des hôpitaux catholiques.

L'Hôpital St-François d'Assise : souvenirs personnels et petite histoire 1914-1954

par
Roland Cauchon

Source: Catholic Health Alliance of Canada

Copyright: Public Domain

Digitized: February 2022

Dr Roland Cauchon

L'hôpital St-François d'Assise souvenirs personnels et petite histoire

(1914-1954)

10 -
41490

A mon épouse

pour son aide constante

INTRODUCTION

Un auteur latin est réputé avoir écrit: "L'histoire est écrite pour raconter, non pour prouver".

Roland Cauchon, dans sa "PETITE HISTOIRE DE L'HOPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE", n'a rien voulu prouver, il a écrit pour raconter.

Il a voulu raconter notre hôpital, son plus que modeste commencement, son cheminement parfois heureux, parfois pénible, sa progression à travers les quarante années que couvre son livre.

Il a voulu raconter aussi des femmes: les Religieuses qui l'ont construit à partir de rien, si ce n'est une foi sans bornes dans la Providence. Des hommes: les Médecins, les quatre, qui dès les débuts, oeuvrèrent auprès des malades afin d'ouvrir la voie aux générations de leurs confrères qui devaient s'y succéder.

Et sans le vouloir ou le réaliser, Roland Cauchon s'est raconté lui-même, il s'est ouvert, il s'est révélé. Il nous a permis de prendre connaissance de l'homme avec sa sensibilité profonde, de l'époux avec sa fidèle reconnaissance, du médecin avec sa préoccupation constante pour le malade, du chrétien avec sa conviction profonde.

Sa PETITE HISTOIRE de notre hôpital, de SON hôpital, est sans prétention, elle est simple, directe, authentique. Elle est d'une grande valeur, ne serait-ce que par l'exemple qu'elle nous donne et les enseignements qu'elle véhicule. Elle nous remémore qu'avant nous d'autres sont passés, qu'ils ont connu des difficultés et des contraintes qu'ils ont su soit vaincre, soit contourner. Elle nous rappelle, ou mieux, nous force à nous rappeler

ce qu'hélas on a tous tendance à oublier trop souvent: L'Hôpital Saint-François d'Assise ne serait jamais devenu l'hôpital moderne et efficace que nous connaissons aujourd'hui n'eût été du travail acharné de ces pionniers, de leur témérité, de leur volonté à vouloir édifier une institution durable. Nous ne sommes que les légataires de leur héritage.

LA PETITE HISTOIRE DE L'HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE, c'est, bien sûr, un hommage mérité aux Anciens, mais ce devrait être aussi et peut-être surtout pour nous, un encouragement à perpétuer cette oeuvre qui nous tient à coeur, un sujet d'émulation, une invitation à vouloir se dépasser pour que tous et chacun, quelle que soit notre occupation dans cet établissement, puissent toujours être fiers d'appartenir à l'Hôpital Saint-François d'Assise et fiers aussi de la qualité des services que nous rendons à la collectivité, chacun à notre mesure et selon la tâche qui nous est dévolue.

Le directeur général,

1980-04-22 JEAN-JACQUES MINGUY

TÉMOIGNAGE ET GRATIDUDE

Les musées sont de précieux conservateurs qui empêchent de vieillir ceux qu'on a aimés en immortalisant leurs souvenirs.

N'est-ce-pas un musée que nous présente aujourd'hui le docteur Roland Cauchon, en nous permettant de mieux connaître et de revivre même, par la pensée, les exploits de nos aînés à l'Hôpital Saint-François d'Assise?

L'exposé historique du docteur Cauchon souligne brièvement, mais avec une fidélité loyale et émue, les sacrifices pressentis, acceptés dans la foi, courageusement subis par les soeurs de Saint-François d'Assise qui ont écrit avec leur vie les premières pages de notre histoire canadienne, et formé aussi, pour l'avenir de leur famille religieuse, des âmes capables de rester debout, et attentives aux appels d'une évolution nécessaire, en vue d'un service meilleur au monde de la souffrance.

L'histoire de l'Hôpital Saint-François d'Assise, en effet, est aussi celle de la communauté, car l'oeuvre hospitalière, chez-nous, a occupé une place de choix dans l'éventail de notre mission apostolique.

En demeurant attaché spécialement à la croissance du jeune établissement de 1912, le docteur Cauchon n'a pas oublié de rappeler les faits et gestes qui ont contribué en même temps à son destin personnel, et engagé, au prix de combien d'efforts et de volonté, l'enjeu de sa foi en une vocation particulière, et de sa persévérance d'idéal vers un altruisme intégral.

Dans "PETITE HISTOIRE ET SOUVENIRS": de 1913 à 1954 et, pour nous, de 1903, date où la Supérieure générale de Lyon

obtenait de "faire agir le décret-loi de 1853", au bénéfice d'une reconnaissance de la congrégation comme hospitalière, jusqu'à la fin du volume historique, que de visages, de recherches, d'actions et de recommencements marquent tantôt des personnalités remarquables, comme celles de nos médecins-fondateurs...; tantôt la spontanéité, la naiveté, la jeunesse de la communauté de 1914, où 12 religieuses conscientes d'accomplir la volonté de Dieu, mais exprimant leurs inquiétudes dans les entrées quotidiennes à la Caisse comptable, - là où le mot "transactions" avait tous les sens: recettes, dépenses, aumônes ... etc - trouvaient normal que le mois se terminât par un déficit; tantôt le bloc opératoire devenu le sanctuaire où le chirurgien allait poser un acte de foi en Dieu, en lui-même, et en son patient".

Que dire encore de ces grandes leçons, thèses en actes, capables d'orienter très haut la vie d'un professionnel de la trempe du docteur Cauchon? Je veux dire:

la "sérénité" du docteur Albert Paquet,
la "cordialité", la "joie communicative" du docteur Achille Paquet,
l' "audace, le "jugement sûr" et la "jovialité" du docteur Emile Fortier,
le "don de soi" du docteur Paul A. Poliquin,
l' "amitié irremplaçable" du docteur Louis-Emile Levesque !

Il ne manque pas à "Petite Histoire et Souvenirs" d'exemples aussi éloquents que discrets de religieuses au dévouement inépuisable, dans leurs longues heures de travail, et le jour et la nuit, de ces infirmières laïques, demeurant à l'Hôpital, amies de leurs malades, et vivant, comme l'a si bien dit Madame Beaumier-Paquet, "une page mémorable de la médecine à Québec".

Un des derniers chapitres de ce

volume-souvenir est titré: "La mort d'un saint". Qui est ce bienheureux? C'est un Capucin de Limoilou, le Père Marcellin décédé en 1944, patient du docteur Cauchon, et dont la vie consacrée, l'amitié profonde, la confiance entière et l'extraordinaire générosité dans la souffrance, la maladie et la mort semblent l'avoir touché et édifié sensiblement.

C'est vraiment dans la famille franciscaine que le docteur Cauchon aura surtout vécu de fortes émotions et peut-être rencontré ses plus généreux amis.

En suivant la courte mais riche histoire de ce patient si admirable de foi, il est difficile de dire si, à ce moment, le médecin compétent n'était pas devenu celui de l'âme plus que celui du corps, et lequel des deux enrichissait l'autre.

Le conseil que le docteur Achille Paquet donnait au docteur Cauchon, au début de sa carrière en chirurgie: "Sois présent, occupe-toi bien des patients, et quant au reste, tout ira seul", a dû resurgir alors dans son coeur puisque, après une dernière prière avec le Père Marcellin, il a pu nous livrer ce cri de foi: "Quel exemple de grandeur chez cet homme simple qui avait refusé tout de la vie sauf Dieu !"

"Quand les petits s'attachent aux grandes choses, celles-ci grandissent ceux-là !"

Ces paroles de saint Augustin, nous en avons vu l'illustration dans les oeuvres de bien qui font la gloire de notre civilisation chrétienne, et jusque dans celles de notre très modeste congrégation.

Pour nous avoir permis de cheminer à travers ses souvenirs, le docteur Roland Cauchon s'est acquis un nouveau titre à notre gratitude et à

notre estime.

Merci, cher Docteur, de "vous être littéralement intégré au groupe chirurgical de Saint-François d'Assise, en 1936 ..."

Merci d'avoir développé avec vénération les plus grandes qualités de vos maîtres, les plus utiles à un chirurgien: "la patience et le courage..."

Merci d'être encore là pour porter la somme lourde de reconnaissance que les Soeurs de Saint-François d'Assise, celles d'hier et celles d'aujourd'hui, voudraient partager entre tous leurs amis et bienfaiteurs de l'Hôpital Saint-François d'Assise.

Que Dieu se charge de notre action de grâce et nous exauce puisque Lui seul est le grand et juste Rémunérateur !

Pauline Frenette, s.f.a.

PRÉFACE

J'ai lu et relu avec plaisir vos souvenirs hospitaliers.

Votre résumé historique de la fondation de l'hôpital St-François d'Assise est des plus intéressants, et demeure un hommage aux Dames Religieuses et aux premiers médecins qui en furent les pionniers.

Il ne faut pas oublier que l'hôpital St-François d'Assise fut à l'origine de la modernisation du système hospitalier québécois, à cette date nettement insuffisant et désuet.

En effet, il inaugura à Québec un premier Service d'obstétrique, une première école de garde-malades, un premier Service d'orthopédie avec le docteur Edouard Samson, et de plus, il offrait au public, aux médecins et aux chirurgiens une ouverture que l'hôpital fermé du temps ne pouvait pas permettre.

L'élan était donné, et l'hôpital moderne était né pour survivre; les autres hôpitaux emboîteraient le pas.

Ayant moi-même fait partie du Service de chirurgie durant une trentaine d'années (1923-1952), j'ai bien connu tous les personnages dont vous nous rappelez le souvenir, et c'est avec un intérêt soutenu que j'y ai greffé mille et un petits souvenirs pour compléter le tableau.

Comme vous j'ai vécu la plupart des événements que vous rapportez, et lorsqu'étant à la fois Chef du Service de chirurgie dans deux hôpitaux, St-François d'Assise et l'Enfant-Jésus, et qu'écrasé par un travail insoutenable et par des

obligations grandissantes, il m'a fallu opter pour un seul service, j'ai longtemps hésité et c'est avec regret que j'ai quitté St-François pour prendre mes responsabilités ailleurs.

C'est avec une certaine émotion que je me souviens de la vie de famille que nous avions alors, des excellentes relations avec les Dames Religieuses, les médecins et les infirmières, ce qui facilitait notre besogne à tous.

Ce fut donc avec regret que je quittai le Service, mais les circonstances m'y forcaient.

J'avais cependant une grande consolation en le laissant; c'était de savoir que je le laissais entre bonnes mains, à des chirurgiens bien formés capables de prendre facilement la relève. Je connaissais leur valeur chirurgicale, leur capacité de travail et leur dévouement sans borne dont j'avais été témoin tant de fois. Je pouvais donc quitter en toute quiétude en me disant "Oeuvre accomplie".

Durant toute cette évolution il y a eu deux épisodes majeurs sur lesquels je me permettrai de dire quelques mots.

Le premier fut la période de la dernière guerre mondiale où nous étions encombrés de malades, parachutés sans égard à un personnel médical et paramédical nettement insuffisant; si insuffisant que je me demande encore ce qui aurait pu se produire si je ne vous avais pas eus, vous et le docteur Paul Brochu en chirurgie, et si nous n'avions pas eu le docteur J.-Emile Fortier pour maintenir le Service de médecine; je me demande sincèrement si ces deux services primordiaux n'auraient pas été obligés de fermer.

Le second fut l'affiliation universitaire, problème d'envergure où il s'agissait de "dépanner" l'Université Laval ou mieux la faculté de médecine.

Nous étions bien prêts à collaborer, mais il y avait des principes à observer.

Dans cette affiliation, nous ne voulions pas perdre les droits acquis, c'est-à-dire que nous voulions rester "Maîtres chez nous".

Les négociations furent assez pénibles parce qu'elles devaient se faire "d'égal à égal", et on sait que l'égalité avec un aîné plus fort demeure difficile.

L'entente, pour être utile, ne devait laisser aucun sentiment "d'infériorité ou de supériorité" à l'une ou l'autre partie, condition "sine qua non" d'un avenir serein et sans nuages.

Les négociations furent longues mais utiles pour créer un excellent climat pour l'avenir.

Je crois que votre bouquin intéressera un nombre imposant de lecteurs, et lui souhaite succès.

Vous me permettrez de vous féliciter pour le style concis et précis qu'on y trouve.

Amicalement vôtre avec mes meilleurs souvenirs.

PAUL A. POLIQUIN
M.D., F.R.C.S.(C), F.A.C.S.

QUÉBEC, 8 AVRIL 1980

HISTORIQUE

En 1813 à Oullins, devenu maintenant une banlieue de Lyon, vivait la famille Rollet, le père, la mère et deux jeunes filles Anne et Françoise, élevées dans les principes les plus purs du catholicisme.

Les deux jeunes filles, directrices d'un atelier de tissage, convainquirent leurs parents de venir habiter Lyon dans le but d'y ouvrir un atelier-école, dans le centre réputé de la Croix-Rousse.

En même temps qu'elles initiaient les élèves à leur métier et les préparaient ainsi à gagner leur vie, elles complétaient leur instruction générale et religieuse. Elles avaient une grande piété qu'elles s'efforçaient d'inculquer à leurs élèves.

Ces vertus amenèrent bientôt Françoise à entrer au cloître, et Anne demeura seule en charge de l'atelier, qu'elle sut faire progresser d'une manière experte, tout en y maintenant un haut niveau de culture religieuse.

Elle eut ainsi la satisfaction de voir ses apprenties suivre son exemple, et s'adonner à de multipes oeuvres charitables, la plus remarquable étant l'oeuvre de la Propagation de la Foi, fondée par mademoiselle Jaricot dont elle fut le bras droit.

De nombreuses élèves l'imitèrent dans toutes ses oeuvres pieuses et c'est ainsi qu'un quart de siècle plus tard, on les retrouve habitant maintenant avec elle, la maison familiale devenue un ouvroir après la mort des parents.

C'est une sorte de communauté non

encore reconnue officiellement, mais qui se développe sous le regard bienveillant de prêtres de la Société de St-Irénée qui habitaient l'édifice voisin de l'ancienne Chartreuse.

Mademoiselle Rollet et ses compagnes, décidèrent en 1837 de revêtir l'habit religieux, et en 1838, l'autorisation épiscopale leur permit de prononcer leurs voeux.

La règle est celle de St-François et l'ordre prend le nom de Soeurs de St-François d'Assise.

Après avoir formé un certain nombre de novices, les autorités furent vite sollicitées de contribuer à l'éducation de la jeunesse, et malgré un climat politique difficile, on vit bientôt cette nouvelle communauté fournir des enseignantes à des paroisses voisines.

Après une vie des mieux remplie, la fondatrice décéda en 1853. Mère Marie de la Croix qui lui succéda, fit prospérer l'Institut dans l'oeuvre de l'éducation. Le point qui nous importe le plus, c'est qu'elle obtint la même année, un décret impérial reconnaissant la communauté comme congrégation hospitalière.

Deux objets devenaient maintenant la préoccupation de cet ordre religieux: premièrement l'enseignement; deuxièmement les soins aux malades.

A cause de l'augmentation croissante du nombre de novices, on fit l'acquisition en 1856 de la propriété Pitrat sur le plateau de la Croix-Rousse, et elle devint dès lors la maison-mère et plus tard la Clinique de St-François d'Assise.

De nouvelles écoles s'ouvraient un peu

partout autour de Lyon dans différentes localités du Rhône, de Saone-et-Loire, de L'Isère.

Mais, les nuages politiques s'accumulaient au-dessus des communautés religieuses et le gouvernement Combes, systématiquement hostile, leur interdit l'enseignement et ferma les écoles en 1902.

Heureusement, une femme de tête, devenue directrice générale en 1903, la Révérende Mère Edwidge, extrêmement intelligente et astucieuse, s'efforça de faire agir le décret-loi de 1853, qui reconnaissait les Soeurs de St-François d'Assise comme Congrégation hospitalière.

L'affaire fut instruite auprès du gouvernement, et après 18 mois de tergiversations, la cause fut gagnée.

La loi de 1901 de Waldeck-Rousseau, qui expulsait les religieux enseignants, ne visait pas les congrégations hospitalières.

Le noviciat rouvrit ses portes et il fallut procéder à l'organisation de la maison-mère en hôpital clinique.

Heureusement, avec le concours de médecins et chirurgiens amis, dont certains étaient d'anciens élèves de la maison d'éducation, on arriva tout naturellement à enseigner les sciences infirmières aux religieuses qui complétaient leur instruction par des stages dans les divers hôpitaux de la ville. Le personnel put en peu de temps donner aux malades les soins médicaux qu'on en attendait. En médecine interne et en chirurgie.

Des médecins renommés ont fait l'honneur de cette institution depuis.

Ceci fut mis en évidence et surtout fort

apprécié durant les jours sombres et douloureux de la guerre 1914-1918. Le dévouement de tout le personnel pendant cette période, tenait autant de la charité que des connaissances médicales.

La situation politique en France devait avoir des répercussions étonnantes.

C'est à cause des lois du gouvernement Combes en 1901 qu'un certain nombre de communautés religieuses quittèrent la France, et ouvrirent des maisons sous d'autres cieux. C'est ainsi que des soeurs hospitalières de St-François d'Assise s'en vinrent au Canada.

Elles arrivèrent dès 1904 à Beauceville, où un projet de construction d'hôpital ne put se concrétiser. Elles furent donc orientées vers un foyer où des vieillards indigents et impotents purent bénéficier de leur aide qu'elles fournirent avec le plus grand dévouement.

Cependant, on était loin de l'objet pour lequel l'émigration en terre canadienne avait été consentie.

En 1912, à la demande de l'Archevêque, le futur Cardinal Bégin, les religieuses de St-François d'Assise furent consultées en vue de prendre charge d'un hôpital dont les plans étaient à peine élaborés et qui serait situé dans le quartier Limoilou.

Plusieurs raisons fondamentales nécessitaient la fondation d'un nouvel hôpital à Québec.

En premier lieu, l'Hôtel-Dieu de Québec fondé en 1639 était encore l'unique hôpital général ne comprenant cependant pas de service d'obstétrique. De plus, c'était un hôpital fermé. Cela veut dire qu'aucun médecin de la ville ne pouvait hospitaliser de malades à son nom, à moins de faire partie intégrante du personnel des médecins acceptés par cet hôpital.

En second lieu, le Prélat était soucieux de voir à 1° "l'organisation d'un service spécial de maternité pour les cas légitimes " (sic) (journée souvenir du jubilé d'argent de l'hôpital St-François d'Assise, 1914-1939). 2° à "l'établissement d'une école de garde-malades ".

Il y avait donc des raisons péremptoires d'ériger une nouvelle institution hospitalière à Québec et les religieuses de St-François d'Assise sentirent un défi à relever et se mirent résolument à la tâche de tout préparer en priant la Providence de trouver des bailleurs de fonds.

Ce qui arriva en temps et lieu.

Cette décision n'était pas étrangère aux désirs d'un groupe de médecins et chirurgiens, jeunes, compétents, bien préparés, qui depuis quelques années, essayaient de faire leur place au soleil, de soigner leurs propres malades, dans un hôpital dont ils ne seraient pas exclus.

Dr Albert Paquet

Dr Achille Paquet

Dr J.Emile Fortier

Dr Théophile Robitaille

LES FONDATEURS

En 1914, un médecin spécialisé pouvait recevoir à son cabinet de consultation ses propres malades ou ceux que des omnipraticiens voulaient lui référer, mais une fois l'examen complet effectué, s'il y avait des traitements nécessitant l'hospitalisation, les choses devenaient tout de suite compliquées.

Le seul hôpital général équipé pour traiter des malades dans différentes disciplines, était l'Hôtel-Dieu de Québec dont les membres du personnel médical avaient peine à trouver des lits pour leurs propres patients.

Déjà depuis longtemps, quelques spécialistes étaient impatients et se soumettaient difficilement à cet état de chose.

C'est ainsi que le docteur Albert Paquet spécialisé en France en chirurgie générale, assistant dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Québec depuis 1905, et son frère Achille Paquet, revenu d'Europe depuis 1909, n'arrivaient pas à satisfaire aux besoins d'une clientèle déjà nombreuse à cause de ce manque chronique de lits hospitaliers.

En 1909, ces jeunes chirurgiens qui devaient devenir célèbres avec les années, achetèrent avec quelques confrères, une propriété sur la rue St-Ursule, lui donnèrent le nom d'Hôpital St-Luc et trouvèrent déjà un débouché permettant à leurs propres malades d'y recevoir des soins chirurgicaux adéquats.

C'était cependant insuffisant et en 1912, à la suite de l'appel du Cardinal Bégin aux religieuses de St-François d'Assise, ils virent là un espace et des services accessoires médicaux qui leur permettraient d'exercer avec plus de sécurité, leur spécialité.

Le professeur Albert Marois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu fit cause commune avec eux, sans doute pour les mêmes raisons.

Deux autres confrères, les docteurs J. Emile Fortier et Théophile Robitaille, lièrent leur sort aux trois premiers et ensemble ils offrirent aux autorités ecclésiastiques et aux religieuses, de devenir les médecins fondateurs du nouvel hôpital. Situé dans la paroisse de Limoilou, aux confins de Charlesbourg et des villages environnants, à proximité de la Côte de Beaupré et de son chapelet de villages, il était devenu d'une urgente nécessité.

Le docteur Fortier spécialisé en médecine interne, particulièrement dans les maladies cardiaques et pulmonaires, avait passé plusieurs années en France et revenait auréolé d'une réputation de clinicien que le temps devait confirmer.

Le docteur T. Robitaille, attiré par l'étude de la découverte la plus sensationnelle de la fin du siècle dernier, s'était spécialisé en radiologie, en Europe, et avait également acquis des connaissances en hydrothérapie.

Pour le temps, c'étaient des nouveautés dont tout hôpital pouvait s'enorgueillir.

Pour un hôpital en voie de fondation, c'était à coup sûr une innovation dont la clientèle ne pourrait qu'être satisfaite.

L'avenir démontra que les calculs des fondateurs s'étaient avérés justes.

Le docteur Marois, plus âgé que les autres, disparut plus tôt et semble avoir ancré son nom moins profondément que ses confrères au développement du futur centre hospitalier.

Nous retiendrons donc les noms des quatre principaux médecins qui donnèrent l'élan à l'hôpital St-François d'Assise et ouvrirent à la basse-ville un centre de diagnostic et de traitements qui se verrait confier avec les années des responsabilités de plus en plus grandes.

Hôpital St-François d'Assise
1914

LE DOCTEUR ALBERT PAQUET

Le docteur Albert Paquet grand, droit et fort comme un chêne, les yeux noirs et vifs, l'air sévère, incarnait semble-t-il l'image du grand patron.

D'une résistance physique remarquable il semblait inépuisable et dirigeait des programmes opératoires d'une durée de plusieurs heures tous les jours, avec la même habileté, et une grande sérénité. Toujours calme, il semblait pouvoir répondre à n'importe quelle urgence chirurgicale, que ce soit un cas de traumatisme grave où il excellait, une intervention longue et laborieuse au niveau du tube digestif, ou une situation imprévue au cours d'une opération compliquée.

Il fut même le premier à pratiquer une cholécystectomie à Québec.

Rarement nerveux, encore moins stressé, il représentait pour les jeunes l'image imposante du maître dont l'expérience tempère tous les mouvements et conduit à bon port une entreprise difficile.

Il parlait peu pendant une opération, travaillait rapidement et terminait habituellement en nous laissant l'impression que tout avait été facile et comme ordonné.

Ce n'est que plus tard quand on devient soi-même chirurgien qu'on peut prendre conscience de la maîtrise qu'un homme comme le docteur Albert possédait et qu'il savait faire rayonner autour de lui.

Il lui arrivait d'être peu satisfait du comportement d'un assistant, mais c'est toujours en

termes tempérés qu'il le faisait savoir à l'intéressé.

Son attitude envers les malades était d'une grande affabilité sous un extérieur froid et réservé. Ce qui semble se dégager le plus des relations médecin-patient, chez-lui, c'est le sens de sécurité que les malades ressentaient à son contact.

En dehors de son temps à l'hôpital, c'était un bon vivant, aimant blaguer et rire. Il adorait mettre quelqu'un en boîte et s'en réjouissait à l'avance.

Grand sportif, le temps dépensé au golf, à la pêche etc, l'était avec la même énergie qu'il mettait à faire son travail clinique.

Il avait un but, réussir.

Grand lecteur, surtout de choses médicales, il était bon professeur, sans l'éloquence qu'on aurait pu attendre de lui.

Il était estimé et écouté dans le milieu universitaire où il a été toute sa vie.

Enfin, dans ses contacts avec nous, même s'il nous paraissait parfois lointain et sévère, on s'apercevait vite que son intérêt pour tous ses assistants était sans bornes. Même les détails ne pouvaient lui échapper.

Ses amis le tenaient en très haute estime, ce qu'il leur rendait bien d'ailleurs, et nous espérions tous être de ses amis.

LE DOCTEUR ACHILLE PAQUET

Le docteur Achille Paquet, un peu plus jeune que son frère, était de toute évidence, l'associé au sens le plus complet du terme. Un peu moins grand que le docteur Albert, un peu plus corpulent, mais lui aussi très droit et très digne, il avait fait ses études de spécialisation en France, avec un regard un peu plus particulier sur l'urologie.

On peut deviner de cet éventail chirurgical que les deux frères pouvaient couvrir, qu'une vaste clientèle leur était dirigée d'un peu partout dans la Province, la Beauce, la Gaspésie, le lac St-Jean, et personne n'est surpris que leur cabinet de consultation ait été constamment débordant, surpeuplé de patients.

D'une versatilité incroyable, il pouvait faire au cours d'un même programme opératoire une thyroidectomie, une gastrectomie, une néphrectomie. Il fut d'ailleurs le premier chirurgien québécois à faire la néphrectomie dont il maîtrisait la technique dans toutes les éventualités.

Ses contacts avec les patients étaients empreints de cordialité et d'un humanisme que rien d'autre ne peut remplacer pour inspirer la confiance si nécessaire dans l'isolement tragique où tout malade se retrouve.

Plus ses programmes opératoires étaient chargés, plus il rayonnait autour du docteur Achille un air de joie facilement communiqué à son entourage, par des paroles amicales et un rire clair et franc.

Ses assistants le respectaient et l'aimaient profondément.

Parfaitement conscient de sa valeur, admirateur de son frère, ils procédaient à leurs deux, à la sélection des patients et partageaient le travail d'une façon admirable.

Ils étaients familiers avec tous les cas et pouvaient à pied levé, se remplacer pour n'importe quelle intervention. C'est sans doute ce qui fit leur force et leur réputation.

Aussi habile que son frère à la table d'opération, le docteur Achille était plus loquace et savait intéresser tous ses collaborateurs en les initiant patiemment et habilement à cet art difficile qu'est la chirurgie.

Cordialité aussi avec ses assistants et ses élèves qui se dépensaient sans compter à son service.

Professeur à l'université, ses leçons étaient claires, bien étoffées.

Comme son frère, il était grand amateur de pêche, de chasse, de golf, sports auxquels il s'adonnait avec ardeur.

Ses histoires de chasse et de pêche surtout au club Kondiaronk, avaient un peu le charme marseillais; la prise dépassait toujours la moyenne.

Cela raconté d'un air digne, sûr d'être écouté.

Prématurément, au début de la soixantaine, alors qu'il semblait physiquement inébranlable, il fut atteint d'une maladie fatale à évolution lente et c'est avec tristesse qu'on le vit péricliter et disparaitre du milieu hospitalier.

Il fut inhumé au printemps 1943.

LE DOCTEUR J. EMILE FORTIER

J'avais connu le docteur J. Emile Fortier en 1933 comme professeur de Pathologie Interne, et comme plusieurs confrères, j'avais été douloureusement éprouvé par son manque d'éloquence et sa réputation d'examinateur sévère.

Ce n'est que plus tard, à St-François d'Assise, que je pus connaître l'homme, ses faiblesses autant que ses qualités, son émotivité, son autorité brutale parfois.

Né dans les années 80, il avait fait ses études à Laval et après son doctorat en médecine, fils de famille à l'aise, il avait pu compléter sa formation en médecine interne dans les meilleurs hôpitaux de Paris, où il avait séjourné quelques années avant la première grande guerre.

Doué d'une intelligence supérieure, il avait mis à profit l'enseignement des grands maîtres et était revenu à Québec incapable de soigner ses patients en milieu hospitalier, comme ses confrères chirurgiens, et il s'associa à leur projet et devint avec eux membre fondateur de St-François d'Assise.

Clinicien averti, habile, audacieux, il s'était rapidement acquis une réputation de spécialiste en médecine interne et avait ouvert rue de la Couronne, un cabinet de consultation dans une maison assez spacieuse pour y admettre plus tard, deux de ses fils attirés comme lui par l'intérêt de la science médicale.

Son sens clinique basé sur une science avancée pour l'époque et sur un jugement sûr, l'avait très tôt établi parmi ses confrères médecins, comme consultant et nombreux étaient les cas compliqués qu'on lui référait.

Toujours alerte, travailleur infatiguable, ses journées étaient longues, parfois surchargées, et j'ai toujours été étonné de constater le peu de repos qu'il s'accordait, les rares vacances qu'il prenait. Son plaisir semblait résider dans la résolution d'un problème diagnostique difficile, et je n'ai aucun doute à affirmer que le repos lui venait de l'évolution favorable d'une maladie grave et du retour à la santé de son patient.

Que de fois, je l'ai vu à l'hôpital, assis longtemps sur le pied du lit de son malade, parlant tranquillement avec lui, évaluant les moindres signes, établissant mentalement le pronostic de son cas. L'air toujours encourageant et jovial.

Et c'est là, auprès du malade, qu'il prenait sa véritable dimension, qu'il devenait pour nous, en termes simples, clairs, le grand clinicien que nous admirions, le grand médecin que nous avions plaisir à écouter, à surveiller dans l'évolution de sa pensée et qui souvent nous surprenait par son acuité médicale et son gros bon sens.

Ici, il était le grand clinicien, le grand professeur, le docteur plaisant à suivre. Là, à la Faculté, il semblait mal à l'aise.

Homme d'affaires averti, politicien habile, clairvoyant et astucieux, il savait trouver pour son hôpital, les arguments clés auprès d'hommes en autorité que sa valeur, son habileté, son entregent avaient conquis et en avaient fait ses amis.

C'est ainsi qu'en 1944, il avait après plusieurs tentatives infructueuses de la part des autorités religieuses auprès du Gouvernement provincial, obtenu du Fédéral, autorisation et octrois pour l'agrandissement devenu vital pour notre hôpital.

Parfois bon enfant, sachant s'amuser ferme, il racontait avec verve, et attendait chez ses auditeurs un rire qu'il partageait au même degré, pendant que son oeil pétillant de malice s'humectait de plaisir.

C'étaient les bons moments.

A l'opposé, il était autoritaire et cassant si ses convictions étaient trop battues en brèche, et je l'ai vu en 1954 devenir exigeant, intraitable, menaçant lors des négociations qui devaient faire de St-François d'Assise un hôpital universitaire.

L'aile gauche si on peut dire, des médecins de l'hôpital, se faisait tirer l'oreille et avançait certains arguments fort valables contre le projet.

Il gagna haut la main, tous se ralliant en définitive.

Il était un grand amateur de pêche à la truite et, l'hiver, faisait compétition à son ami le docteur Gustave Beaudet, dans des courses en "sleigh", qui faisaient la chronique du lundi matin à l'hôpital. Ayant tous les deux de bons chevaux, ils étaient également de bons conducteurs et comme des joueurs effrénés, ils y allaient de toutes leurs énergies pour battre l'adversaire. La course terminée, la joie des deux concurrents se traduisait par des grandes palabres entrecoupées de rires communicatifs.

LE DOCTEUR THÉOPHILE ROBITAILLE

Le dernier des membres fondateurs m'était totalement inconnu.

A mon arrivée dans ce milieu, il était dans la soixantaine, paraissant plus vieux que son âge. Ce qui frappait d'abord c'était ses petits yeux souriants et toujours un peu fermés pleins d'une astuce indéfinissable.

Un véritable paysan dans son comportement, il ménageait sans cesse la chèvre et le chou et ce faisant était presque toujours gagnant sur tous les tableaux.

Irritable, mais sachant se contenir, il avait une mémoire d'éléphant et comme ce dernier, attendait son heure pour remettre à celui qui l'avait déjà déçu, la pièce qu'il croyait mériter.

Intelligent, l'esprit aux aguets, il avait dès ses études terminées opté pour la radiologie et aussi l'hydrothérapie, un domaine qui ne semblait intéresser personne à ce moment, qui faisait même sourire certains confrères moins perspicaces. Il avait compris toute l'importance que cette science qu'on appelle aujourd'hui la physiothérapie, la réadaptation, prendrait avec le temps.

Il fut le seul pendant longtemps et fit fortune même pendant la dépression économique en face de collègues qui n'avaient rien compris au futur prometteur d'une telle spécialité.

Doué d'un sens aigu des affaires, il avait su intéresser les autorités propriétaires de l'hôpital en leur faisant valoir l'ampleur que prendrait sa clientèle et en retour l'importance monétaire pour

l'hôpital débutant.

De même, il fut le premier à utiliser la radiothérapie chez la femme pour certaines conditions gynécologiques et là encore la critique parfois acerbe, les jugements réprobateurs que ses confrères de milieux hospitaliers différents portaient à son égard, firent place avec le temps au super développement de ces mêmes spécialités dans les centres autrefois les plus vindicatifs. O tempora, O mores !

Lui, avec un sourire mi-figue mi-raisin, avait su développer une indifférence choquante aux critiques, et répondait avec satisfaction à une clientèle débordante en nombre et rassurée par les résultats obtenus.

L'air rusé d'un normand, il se reposait sur un état de surdité variable selon le cas, pour saisir ou non les questions posées et donner les réponses adéquates ou s'abstenir.

Une fois qu'on le connaissait, on le trouvait admirable de sagacité.

Comme radiologiste il valait la plupart de ses confrères du temps et ses observations étaient toujours satisfaisantes.

Quant à ses traitements physiothérapiques, il faut l'avoir vu diriger d'une main de maître un jet d'eau dont il pouvait varier la force et la température lui-même, juché sur un piédestal, muni d'un boyau d'arrosage à emboût de cuivre, en pomme d'arrosoir, entouré de nombreux robinets, véritable empereur sur un char romain. De là, il avait la haute main sur ses patients, sur les eaux généreusement distribuées, sur les autorités de l'hôpital qui l'admiraient et sur ses confrères qui d'un oeil dubitatif, acceptaient les extravagances de ce collègue parfois encombrant.

A son contact, on apprenait tellement de choses sur le comportement des humains que cela aurait pu être un cours pratique de philosophie ou de sociologie.

Toujours prévenant, il passait des minutes précieuses à reviser avec nous des films difficiles à interpréter ou à nous montrer des lésions qui nous avaient échappé.

Il s'était lui-même monté une ferme à l'Ancienne-Lorette où il faisait l'élevage d'oiseaux comme des faisans, des oies, des canards et où il cultivait des espèces rares d'arbres fruitiers.

C'était son lieu de repos, l'endroit où il pouvait se détendre loin d'une clientèle étouffante.

Après sa retraite de l'hôpital en 1960, il vécut plusieurs années mais sa santé périclita de plus en plus. Il mourut en 1971, après avoir fondé à St-François d'Assise les départements maintenant des plus modernes de radiologie et de physiatrie.

Voici en résumé, l'histoire des médecins qui avaient conçu l'hôpital indépendant, munis des outils nécessaires à une pratique médicale complète.

En commun, ils avaient l'intelligence, la science de l'époque; chacun avait ses particularités qui en avaient fait un être à part. Quand on se donnait la peine de les comprendre ils étaient des êtres attachants qui contribueraient à façonner l'avenir d'un résident jeune, enthousiaste et heureux lui aussi de compter avoir sa place au soleil.

C'est donc avec ces médecins riches d'une expérience unique, intensément vécue, que je devais débuter comme médecin à St-François d'Assise et y passer la majeure partie de ma vie.

Avant cela cependant, une année de résidence rotatoire devait se passer en 1934-1935 en dehors de Québec, mais auparavant ouvrons les yeux sur les vrais débuts de l'hôpital.

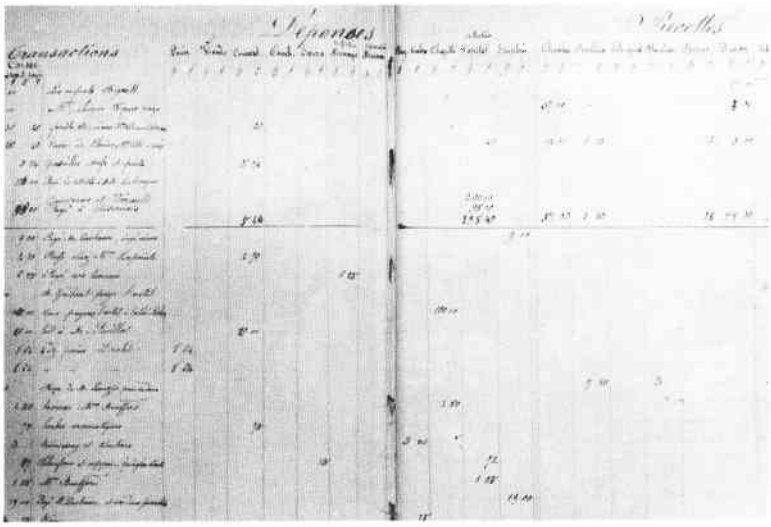
Mère Gertrude
Supérieure provinciale

Mère Victorine
Supérieure de l'hôpital

Photo de septembre 1917
groupant les religieuses de l'hôpital,
parmi lesquelles se trouvent les fondatrices
de 1914

LES DÉBUTS

L'hôpital ouvre ses portes aux malades le 14 juillet 1914. Le livre de comptabilité en fait foi. Mère Gertrude est la Supérieure provinciale de la Communauté. Mère Victorine est la première Supérieure de l'hôpital.



Que de spontanéité, de naiveté, de jeunesse attestées par ces pages du premier cahier.

C'est en fait, la tenue des livres de toute la communauté, bien pauvre, composée de douze religieuses, dont les inquiétudes transpirent

dans des entrées quotidiennes à la caisse comptable.

C'est ainsi que, à la colonne des recettes, on trouve côte à côte en date du 28 juillet: "Mademoiselle C., chambre payée... $23.85, et aumônes...$4.30," indiquant bien que tout argent reçu était accepté au même titre sous la rubrique recettes que ce soit un paiement pour usage de salle d'opération, un don de charité en argent ou en nature comme le témoigne encore l'entrée suivante: "Monsieur Godbout paie l'autel... $100.00." Et la ligne suivante nous ramène à la triste réalité des dépenses: "Payé les intérêts à Messiers L..., G..., V..., $200.00". Le tout inscrit à l'encre de Chine, sous le vocable "transactions".

Les affaires courantes de ce premier mois se terminent avec un déficit de $218.69.

Il est vrai qu'il n'y a eu que quelques malades hospitalisés, et avec les tarifs chargés alors, soit $2.00 pour la chambre, de $3.00 à $7.00 pour la salle d'opération, ce déficit n'est pas étonnant. La générosité de certains amis, religieux, médecins, pharmaciens, etc., réchauffe le coeur de nos hospitalières.

Dès le mois suivant, immédiatement après la bénédiction du 10 août, on voit le taux d'occupation augmenter graduellement, favorisé surtout par la proximité du camp militaire de Valcartier.

Déjà, le nombre considérable de soldats à l'entraînement, (la première Grande Guerre vient de débuter), ne permet plus de soigner les malades sur place et c'est ainsi qu'ils débordent sur l'hôpital St-François d'Assise dont les recettes vont se gonfler graduellement.

Et, le Gouvernement fédéral paie bien.

Ainsi, en date du 17 septembre on a inscrit des recettes de $102.00 pour "chambres de militaires", sans autre forme d'identification. C'est un revenu qui promet pour les semaines à venir.

En effet, de nouveau, en date du 14 octobre, on lit, reçu "des soldats" $249.37. Et, encore le 31 octobre: "de la Milice" $479.00.

Les débuts paraissent donc maintenant plus prometteurs. Les mois s'écoulent rapidement et les transactions de la soeur économe se font de plus en plus nombreuses, de sorte qu'on note pour novembre, dix (10) opérations chirurgicales pour lesquelles on a été payé comptant.

Les recettes sont donc de plus en plus intéressantes et on termine l'année 1914 avec un budget pratiquement équilibré, les dépenses ayant dépassé les recettes d'à peine $100.00.

La lecture de ce livre de comptabilité nous fait prendre conscience que ce début de siècle doit être assez pénible pour tout le monde, car les salaires, la rémunération pour services rendus, nous paraissent ridiculement bas; les prix de même.

Le 18 septembre 1914 on relève:

"Donné au Doct. (sic) pour l'anesthésie de Madame D. $1.00"

Le 28 octobre 1914: Trois (3) journées de laveuse (lire, femme de ménage, entretien) $3.00.

Le 7 décembre 1914: nuit de soeur Angéline (infirmière) $1.00.

Le 25 décembre 1914: Trois (3) paiements de Georges (entretien) à $1.00 par semaine: $3.00.

Et, le salaire de l'ingénieur de l'édifice, $9.00 par semaine.

Les prix quant à eux sont bien étonnants aussi:

11 septembre 1914: trois (3) paires de souliers réparés, $2.10.

16 septembre 1914: "payé Otis Fensom pour réparation, $5.00.

21 septembre 1914: quatre (4) douzaines de pains, $8.64.

22 octobre 1914: réparation de montre (Mère Angéline) $0.40.

28 novembre 1914: dentier de Soeur M., $1.50.

A ce rythme, personne ne pouvait devenir prospère.

Enfin, quelques surprises.

Depuis décembre 1914, le Service d'hydrothérapie était complètement installé et fonctionnel. Et comme les traitements se donnaient en série, on relève en date du 27 février 1915: "vendu douze (12) bons de douches à Madame R., $5.00".

Le service d'abonnement était institué.

Comme on se servait de bistouris à lame fixe, il ne faut pas s'étonner que le 9 mars 1915, on trouve: "pierre à aiguiser les bistouris, $0.40."

Et encore: "brosses pour docteurs, $0.15".

La première année d'opérations s'achève bientôt. Je dirais dans l'euphorie, puisque les chiffres des recettes et dépenses s'équilibrent à peu près.

Recettes: $3,227.00

Dépenses: $3,395.00

Nos bonnes religieuses rendirent grâces à Dieu et se préparèrent à poursuivre une oeuvre si bien commencée.

Cependant, avant de venir à St-François d'Assise, je fus appelé à vivre une expérience très instructive pendant une année de résidence rotatoire en dehors de Québec.

L'INCIDENT

Fatigués d'un trajet de 12 heures en voiture (c'est le temps que cela prenait à l'époque, entre les deux capitales), nous étions entrés à minuit à l'Hôpital Général d'Ottawa heureux d'arriver et de se reposer.

Un rapide coup d'oeil au babillard du quartier des internes m'avait fait voir que mon nom était inscrit comme assistant d'un patron à 8 heures le lendemain.

A 8 heures moins quart, j'étais entré au bloc opératoire pour m'y présenter à la directrice, une soeur âgée, et très accueillante, et quelques infirmières dont celle qui devait servir d'instrumentiste à l'opération à laquelle on m'avait désigné.

Bientôt, le chef de Service, un homme grand, dans la cinquantaine, l'air sévère et pressé, arriva, me salua d'un signe de tête et m'indiqua de venir me brosser avec lui.

Il me surveillait du coin de l'oeil, sans doute pour vérifier ma technique de brossage, étape importante de tout acte opératoire, et me posa quelques questions banales sur mon lieu d'origine, mes stages à l'Université etc.

Puis, je le suivis dans la salle d'opération où l'infirmière déjà prête, nous présenta à tous deux la serviette stérile pour nous éponger les mains et les avant-bras, et ensuite les sarraux avant de nous passer les gants de caoutchouc.

L'antisepsie de l'abdomen était faite par une aide, pendant ce temps, et ensuite, le chi-

rurgien appliqua une couche de teinture d'iode avant de placer les champs opératoires.

J'avoue que je ne connaissais rien à ce cérémonial, de sorte que c'est l'infirmière qui dut aider le patron à draper convenablement le patient.

Je remarquai qu'on me regardait un peu de travers, mais aucun mot ne fut prononcé.

Je n'avais non plus, aucune notion de ce qu'étaient les différents instruments, de sorte que j'étais proprement un membre inutile.

Et, c'est au moment du premier coup de bistouri que la scène commença.

Le patron dit d'une voix forte: "Éponge", et moi, gauchement, sans technique, j'essayais d'empêcher que le sang ne recouvre l'incision bien imparfaitement d'ailleurs.

Et là, les imprécations commencèrent: "Qu'est ce que cet abruti qu'on m'a envoyé ce matin? Qu'est ce que tu fais ici dans ma salle?"

"Je tente de vous aider."

"Eh bien!, sache que tout ce que tu fais me nuit, et que tes mains malhabiles sont comme des bois dans les roues à cette intervention compliquée que je ferai maintenant je ne sais comment.

"Tu es un bon à rien!"

Mon compagnon de voyage, la veille, avait oublié de me dire que dans le service de chirurgie, il y avait deux chirurgiens à caractère difficile, dont les débordements faisaient surface facilement, devant les résidents inexpérimentés.

Ils devenaient alors intraitables, et harcelaient, de la première à la dernière minute, les assistants de paroles injurieuses.

J'étais littéralement atterré.

J'avais été éduqué à ne pas discuter avec l'autorité, et dans cette salle, le chirurgien, même injuste, représentait pour moi, l'autorité.

Pour la première fois de mon cours de médecine, j'agissais comme assistant dans une salle d'opération.

Aucune préparation même la plus simple, ne nous était enseignée à l'époque.

C'est à l'usage qu'on apprenait. C'est donc un novice absolument ignorant qui faisait face à un homme maintenant déchainé et qui se laissait aller à des actes qui me semblent encore aujourd'hui les plus invraisemblables dans une salle d'opération.

Tirer à bout de bras des ciseaux qui coupent mal, une pince qui ferme mal, dire des injures blessantes sont des actes qu'aucun homme maître de lui ne peut se permettre dans le milieu qui jusqu'alors m'avait paru sacro-saint; où les manoeuvres deviennent empreintes d'une valeur presque spirituelle, et où le silence si propice à la décision, à la qualité de l'action, doit prévaloir.

Tout pantelant, moite de sueurs froides, bredouillant des paroles incompréhensibles alors que j'aurais dû dire fermement merde et adieu! et m'en aller, j'étais totalement sidéré et endurai pendant deux heures un calvaire qui heureusement, ne s'est jamais répété.

J'ai depuis, acquis une expérience qui me permet un jugement ferme et sain sur le

comportement de ces hommes, dont les grandes qualités sont complètement mises en échec par une conduite immature.

Ils passent pour de grands personnages, mais moi je sais que devant les difficultés pertinentes à de nombreuses interventions chirurgicales, ils sont comme le poltron qui siffle sur un chemin noir la nuit, pour se donner du courage et que cette logorrhée, n'est que le fait d'un homme qui ne se contrôle plus.

Je n'ai jamais oublié ni le chirurgien ni non plus cette opération à laquelle je servais d'assistant. C'était une gastropexie, la seule que j'aie jamais vue de ma vie.

Et voilà, comment j'ai fait mes premières armes en chirurgie.

Je sortis de là anéanti, physiquement et mentalement. Physiquement, car j'ai dû sécréter tout le sodium de réserve avec cette transpiration que je n'avais jamais connue; mentalement, car je me disais que jamais au grand jamais, je ne pénétrerais dans une salle d'opération, puisque je semblais cumuler l'ensemble des défauts qui interdisent à quelqu'un de songer à faire de la chirurgie.

Et, en conséquence, sur mes jambes encore flageolantes, j'arrivai à ma chambre au quartier des internes, et me mis en devoir de remettre dans ma valise le peu que j'en avais sorti, bien déterminé à reprendre le jour même le train du retour à Québec.

Fini la chirurgie !

Au même moment, un de mes confrères se penche à ma porte et dit: "Puis-je t'aider à défaire ta valise?"

Après lui avoir expliqué l'avant-midi infernal que je venais de vivre et ma détermination formelle de reprendre le chemin du retour, il eut un grand éclat de rire, s'assit sur mon lit et dit: "Un moment mon vieux! Si tu crois être le seul et le premier à avoir essuyé la mauvaise humeur de Big Bull, descends de ton piedestal. Il est comme cela, plus ou moins souvent. Nous ne connaissons pas les raisons profondes de cette attitude, et nous croyons que cela n'est pas important. Ce qui importe, c'est que malgré cela, il est un bon chirurgien et tu dois payer ce prix auquel on finit par s'habituer pour tirer bénéfice de sa très grande habileté et des qualités qu'il a, quoique tu en penses présentement.

Crois-moi ! Nous sommes tous égaux à cette enseigne. Passe l'éponge. Laisse passer la crise et surtout, surtout, ne donne jamais l'impression d'avoir peur, ne tremble pas. Reste calme! Et petit à petit, tu pourras faire la part de bénéfices que tu pourras tirer de ton contact avec lui. Par la suite, tu verras, tu pourras converser agréablement avec lui, avec l'autre également du même calibre.

Tous les deux, ils vont te montrer d'ici la fin de ton stage, les véritables bases de la chirurgie et surtout, ils te montreront comment bien opérer.

Quand tu les connaîtras, tu en viendras à les empêcher de s'adonner aux attaques injustes dont tu as été l'objet ce matin."

Ces paroles amicales d'un confrère, eurent l'effet de me calmer. Et après avoir fait répéter à d'autres collègues la véracité de ces dires, je vidai complètement ma valise et devins un résident 1 en chirurgie à l'Hôpital Général d'Ottawa.

Les paroles de mes confrères se sont révélées vraies, et mon séjour dans cette ville très belle et dont le milieu français est si accueillant, fut des plus agréable.

Notre système de garde rotatoire me fit prendre contact avec des spécialistes de valeur dans de nombreuses disciplines, cardiologie, pneumologie, obstétrique et même anesthésie.

Je passai dix mois sur douze, chose imprévue au départ, en chirurgie, familier avec tous les chirurgiens du milieu et ayant acquis à leur contact un début de formation qui me servirait de tremplin à mes activités futures.

C'est là aussi que j'ai acquis une certitude qui s'est de plus en plus affermie avec les années.

Pour moi, le Bloc Opératoire est demeuré le sanctuaire, la chapelle où l'acte que le chirurgien va poser est un acte de foi en Dieu, en lui-même, et un acte de foi en son patient qu'il a su évaluer et préparer en conséquence.

L'opération elle-même est pour moi un peu comme une cérémonie dont on va devenir le célébrant et qui ne doit pas comporter de défaillances ni être entourée de trivialités.

De ce jour, je me suis fait la promesse de tenir ce rôle que j'idéalisais, dans la salle d'opération, et de traiter en futurs confrères, en élèves à qui on a le devoir d'apprendre ce qu'il ne savent pas, les nouveaux venus gauches et timides qui me rappellent toujours ce jeune homme effondré du 2 juillet 1934, qu'un maître inconscient avait failli désaxer.

Cette année commencée sous des augures si décevants, devint, après une période

d'adaptation, riche de renseignements, de science médicale et de contacts précieux.

C'est là que j'ai commencé à connaître le milieu médical anglais, toujours un peu fermé envers les canadiens français, mais qui avec le temps, savait nous communiquer le côté anglo-saxon de la science médicale dont nous étions profondément coupés à Laval à cette époque.

Des recteurs, des secrétaires de faculté de médecine anglophobes, nous avaient littéralement tenus à l'écart des milieux médicaux canadiens anglais, encore plus des milieux proprement anglais.

Au docteur Edouard Samson, devenu dans les années 20, le plus grand orthopédiste canadien, et qui demandait au secrétaire de la faculté un conseil sur l'endroit qu'il lui recommandait pour des études en orthopédie, ce dernier lui fit la réponse suivante: "L'orthopédie, qu'est ce que c'est que ça? de toutes façons, il n'y a qu'un endroit au monde où nous canadiens français allons nous perfectionner, c'est Paris."

Du revers de la main il repoussait d'une façon absolue, le milieu canadien anglais et surtout le milieu américain si riche de valeurs scientifiques, si riche d'argent, si riche de recherches et qui était si près de nous.

La langue sans doute, jouait un rôle primordial.

Je pense aujourd'hui, que ce secrétaire de faculté de médecine canadienne française était sans en avoir la moindre prémonition le type parfait du séparatiste.

Je pus donc me perfectionner en anglais, acquérir de nouvelles connaissances, connaître un milieu nouveau et ses habitants et à ce sujet je

crois qu'il faut noter la différence qui existait comparativement à chez nous, dans les relations simples, franches, amicales, égales entre résidents et infirmières. Même le personnel religieux, les Soeurs Grises de la Croix, me sont toujours apparues et restent encore dans mon souvenir, des femmes matures, ouvertes aux discussions, parlant sans timidité et affirmant leurs convictions.

Les infirmières elles, étaient nos amies; le règlement contrairement à ce qui existait en milieu français, était plus large, nous paraissait plus humain et laissait la porte ouverte à des rencontres agréables et amicales, une vie sociale plus élaborée que chez nous.

Nous étions tous heureux de cette laxité empreinte d'un respect mutuel qui faisait de nous des amis, sans plus.

Et, l'année s'écoula ainsi avec ses bons et moins bons côtés.

Dans l'ensemble, le jeune résident québécois avait acquis ici, un sens aigu des responsabilités surtout à l'urgence et en soins pré et post opératoires.

Au contact de ce milieu presque complètement anglais, j'ai retenu d'eux leur franchise dans leurs rapports quotidiens, leur discipline et leur sens des responsabilités.

Aucun d'eux ne se serait soustrait à l'enseignement qu'ils jugeaient un devoir en retour du droit d'être membre actif dans un service hospitalier.

Au printemps 1935, je recevais de mon père qui détenait un poste para-médical important, une lettre dans laquelle il m'anonçait qu'au cours d'une rencontre avec le docteur Achille Paquet,

celui-ci sachant que j'étais déjà en résidence hors de Québec, lui avait fait part de leur intention son frère et lui d'ouvrir un poste de résident en chirurgie, avec eux, à St-François d'Assise.

L'élu, serait le premier résident à St-François d'Assise. Il laissait également entendre que certains avantages seraient sans doute attachés à ce poste, par exemple, celui d'un entrainement plus poussé en chirurgie et pour l'avenir, l'opportunité de devenir membre actif dans ce même service.

Quand on sait qu'à l'époque, le nombre de chirurgiens dans la ville de Québec se limitait au maximum à 15, et que ces postes convoités n'étaient jamais disponibles qu'à plus d'un ou deux par année, l'offre me paraissait intéressante, et je passai plusieurs semaines à soupeser les avantages, les inconvénients peut-être, à entrer dans un tel milieu.

Je savais d'une part que les gradués aux notes les plus élevées à la faculté, faisaient application et étaient souvent acceptés au deux principaux hôpitaux.

D'autres, optant pour des centres médicaux différents étaient rapidement oubliés du milieu.

LE MILIEU

Au moment dont nous parlons, le milieu médical québécois était composé de la faculté de médecine située sur la rue Hébert, où un groupe de professeurs dispensait l'enseignement dans des locaux trop étroits, mal aérés, même malsains (on se rappelle sans joie les salles d'anatomie qui servaient également à l'enseignement de la théorie et de la pratique, à côté de cadavres à demi-disséqués), et un groupe d'hôpitaux universitaires où, à compter de la troisième année, on commençait à suivre les stages cliniques.

Deux grands hôpitaux généraux, l'Hôtel-Dieu de Québec et Saint-Sacrement, couvraient la plupart des disciplines de la médecine interne et de la chirurgie.

La clinique dans des disciplines bien spécialisées était enseignée dans des centres affiliés comme l'hôpital Laval pour la pneumologie, St-Michel Archange pour la neurologie, la phychiatrie, la Miséricorde pour l'obstétrique, et la Crèche St-Vincent de Paul pour la pédiatrie.

A compter de la troisième année donc, nous étions affectés par groupes à ces endroits où, le matin surtout des cliniques nous étaient données.

En quatrième année, en plus des cliniques, on nous enseignait différentes techniques, injections intra-veineuses, ponctions pleurales et lombaires, petite chirurgie et, surtout, stages à l'urgence où toute une gamme d'accidents vasculaires et cardiaques, de traumatismes de toutes sortes servaient de sujets fort démonstratifs à des jeunes avides d'ausculter, de palper et, parfois, d'assister à quelques interventions, la plupart du temps, mineures.

Déjà, on était initié à la garde de certaines unités de soins, le soir et les fins de semaines, et, petit à petit, on devenait plus habile dans l'art du diagnostic et de la thérapeutique.

Une année d'internat, la cinquième année, passée en milieu hospitalier, nous permettait d'être de plus en plus près des médecins et des malades, et nous préparait à subir l'examen final théorique et clinique, suivi de l'émission par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, de la licence reconnaissant le droit de pratique dans les limites de la Province.

Il y avait un examen dépendant du Gouvernement fédéral, auquel on n'était pas tenu de se présenter, mais qu'un certain nombre préféraient passer, et qui donnait le droit à la pratique dans toutes les provinces canadiennes.

Les conditions économiques difficiles obligeaient plus de la moitié des élèves d'une promotion à commencer à pratiquer dès leur cours terminé.

Les autres faisaient, au choix, une autre année d'internat senior rotatoire, ou décidaient de s'orienter vers des études de spécialisation qui, pour la majorité, se faisaient en Europe.

Quelques fils de familles ayant un ou plusieurs membres actifs dans les groupes des hôpitaux déjà mentionnés, parfois depuis plusieurs générations, étaient favorisés presque automatiquement d'un poste d'internat et, ensuite, devenaient assistants réguliers dans un Service où ces familles régnaient en maîtres. D'autres élèves mêlés de près à la politique, obtenaient ainsi une aide provinciale sous forme de bourses distribuées très parcimonieusement.

Quelques élèves vedettes, super-intel-

ligents, pouvaient se présenter avec succès au concours de la bourse Rhodes, mais, là encore, le nombre était très restreint. Cet examen était peu recherché par les canadiens français, pour la plupart ignorants des possibilités offertes de ce côté.

Les autres qui voulaient poursuivre leurs études, le faisaient à leurs propres frais.

Depuis quelques années, les deux hôpitaux non universitaires avaient ouvert quelques postes d'interne senior surtout.

A St-François d'Assise, depuis la fin des années 20, on était heureux d'offrir la possibilité à un interne junior d'y terminer sa dernière année d'études.

Il avait, étant seul, un contact étroit avec tous les médecins de l'endroit, et était impliqué directement dans le soin des malades, plus qu'il n'aurait pu l'être ailleurs. De plus, il recevait un salaire qui l'aidait à défrayer le coût de ses études en plus d'y être logé et nourri gratuitement. Le poste était vraiment enviable, mais il avait également l'avantage d'offrir au postulant la chance de participer de près à toute la médecine familiale qu'on pratique dans un petit hôpital, et d'y faire de nombreux accouchements.

Cet aspect de l'internat à St-François d'Assise, prenait une valeur encore plus grande quand on songeait que l'interne serait le premier appelé à l'urgence, et que les contre-visites lui appartenaient en propre.

Au point de vue pratique, c'était inappréciable.

Les candidats étaient rares, cependant, car ils étaient ostracisés au niveau de la Faculté

qui prétendait n'avoir pas assez de supervision sur le travail de son interne et voyait d'un très mauvais oeil les étudiants qui osaient quand même accepter cette offre.

D'un côté, l'étudiant finissant qui y voyait son avantage; de l'autre, la Faculté mécontente qui laissait planer des menaces de représailles aux examens du doctorat, ce qui n'était pas sans rendre un peu aigre le vin doux de l'internat convoité.

Je n'ai cependant connu personne qui ait eu à subir les effets nocifs de ces menaces.

Les observateurs sentaient quand même, qu'on n'était pas sur le même palier et qu'un certain degré d'animosité prévalait entre les deux groupes d'hôpitaux, les universitaires, les non universitaires et leurs médecins respectifs.

Sous des dehors dignes, puisque, des deux côtés, des postes universitaires étaient détenus, il n'en existait pas moins une division qui se traduisait souvent par des déclarations acides qui ne faisaient qu'entretenir une inimitié, mauvaise conseillère.

Au niveau des jeunes, on se vantait d'être dans le giron universitaire, ou on se flattait d'en être exclus selon le cas.

Les membres des hôpitaux de la Haute-ville prenaient un air de supériorité vis-à-vis ceux des hôpitaux de la Basse-ville. Enfin, chaque groupe avait sa propre société scientifique: la Société des hôpitaux universitaires et la Société médicale de Québec, qu'on appelait la Société médicale des hôpitaux extra-universitaires.

Celle-ci eut ses heures de gloire dans les années 30 et le début des années 40, surtout à

cause du travail incessant de son président le docteur Wellie Verge, qui eut d'ailleurs, bien d'autres raisons de laisser son nom attaché à des innovations dans nos hôpitaux. On le considérait comme le Père de la transfusion à Québec.

La première transfusion "veine à veine" fut faite par lui, à St-François d'Assise, en 1924.

Dr Wellie Verge

On peut dire que ses efforts étaient couronnés de succès et que nos réunions pouvaient rivaliser avantageusement avec celles de nos confrères universitaires.

Je dois ajouter cependant, que depuis le congrès de Jacques Cartier, en 1934, présidé par le

docteur Albert Paquet, choisi en raison de ses grandes qualités pour remplacer à pied levé le président Arthur Rousseau, décédé inopinément au printemps 1934, l'esprit de clan avait quelque peu changé. L'avenir devait, en grande partie, par l'affiliation à l'Université de l'Enfant-Jésus en 1947 et de St-François d'Assise en 1954, favoriser ce rapprochement sans, cependant, faire disparaître totalement un esprit partisan.

Enfin, il était notoire que des confrères qui avaient été des amis intimes pendant tout leur cours, voient cette amitié se refroidir graduellement, quand certains acceptaient des postes à l'Enfant-Jésus ou à St-François d'Assise.

C'était du snobisme pur, qui n'a pas encore totalement disparu de nos jours.

LE 10 AOÛT 1935

Le tramway s'arrête juste en face de l'hôpital.

Il fait un temps superbe; le ciel est clair et bleu, et l'édifice devant lequel je me trouve est assez important.

L'un des rares à Québec, construit en briques rouges sur des fondations en pierres. Le corps principal est situé sur la Première Avenue, et une aile maintenant construite depuis 10 ans s'avance à angle droit sur l'Avenue Leclerc.

C'est un bâtiment imposant de quatre étages, à fenêtres anglaises, la porte principale donnant en oblique entre les deux ailes.

Premier agrandissement

A l'intérieur, la propreté proverbiale qu'on retrouve dans les communautés religieuses nous frappe d'abord. On trouve, en commençant la visite au rez-de-chaussée, la clinique externe, le laboratoire, la morgue et, dans l'aile Leclerc, les services d'entretien de l'hôpital.

Au premier étage, se trouvent les archives, les services de l'admission, la radiologie et l'hydrothérapie, la pharmacie et, dans l'aile Leclerc, la comptabilité, une salle à dîner pour les aumôniers, les résidents et les internes. Plus loin, dans la même aile, sont les quartiers des religieuses qui occupent les 4 étages. Les étudiantes de l'école des infirmières occupent une partie du 4ème étage et une annexe au 5ème.

Au deuxième étage, l'unité de soins de chirurgie pour les hommes, occupe environ 20 lits divisés en chambres à lit unique, à deux lits et à quatre lits. Les utilités donnent sur la cour intérieure.

Dans l'aile Leclerc, il y a une unité de 20 lits de chirurgie pour les femmes, et un certain nombre de lits de Pédiatrie.

Au troisième étage, on trouve le service de médecine interne pour hommes et prolongement Leclerc pour femmes. Ce prolongement donne sur une très jolie chapelle, enjolivée des couleurs mariales et de carreaux multicolores aux fenêtres.

Au quatrième étage sont le service d'obstétrique, les salles d'opération et une grande salle d'accouchement; et en face, la pouponnière. Une bibliothèque assez bien garnie complète le tout.

En tout, environ 150 lits, dans lesquels on trouve une pathologie variée et des plus intéressantes.

Le personnel para-médical, soeurs et infirmières, est dévoué, propre, bien entraîné. Les religieuses, habillées de noir avec une cornette blanche ondulée, tandis que les infirmières portent un voile de tête qui descend en pointe dans le dos, et une jupe jusqu'à mi-jambe.

Je fus reçu par une des religieuses de l'administration, qui me fit faire le tour du propriétaire en m'introduisant à chaque directrice d'étage comme le résident attendu, promis par le docteur Paquet. Chacun y allait de ses salutations aussi agréables et invitantes que possible et, bientôt, on m'amena à une chambre située au premier étage, composée d'une pièce contenant un lit, une commode, une écritoire, une étagère et une salle de bain complète.

Un grand placard pour y pendre mes vêtements et ranger mes choses.

Le tout d'une propreté immaculée.

Et maintenant, me dit la religieuse, "je vous laisse arranger votre chambre à votre aise et je compte que vous trouverez le temps de vous familiariser un peu avec les lieux, de rencontrer de nouveau le personnel des départements, et de rencontrer les médecins lors de leur tournée des malades.

Vous aurez sans doute beaucoup de travail car, n'oubliez pas que si vous êtes entré ici à la demande du docteur Achille pour aider surtout en chirurgie, vous faites présentement une résidence rotatoire. Vous serez donc de garde en permanence, puisque vous êtes seul, en médecine interne, obstétrique, chirurgie d'urgence, etc.

Nous comptons bien sur vous pour tout.

Avant de vous laisser, je voudrais que

vous sachiez qu'il y a déjà un interne ici, dont la chambre est à l'étage inférieur, et qui peut vous aider et vous remplacer. C'est le docteur Magella Tremblay qui termine son cours cette année.

Bonne journée ! Vous pourrez vous informer directement au bloc opératoire pour ces quelques premiers jours du programme du lendemain jusqu'à ce que vous soyiez familier avec la routine et que, vous fassiez vous-même les listes opératoires."

Cela faisait beaucoup à absorber en peu de temps, mais le ton de la directrice m'avait donné confiance, et le plaisir d'apprendre que je travaillerais avec Magella, mon cadet de deux ans, me procurait déjà une satisfaction que l'avenir ne devait jamais démentir.

Remarquons que jusqu'ici, il n'a été question que de médecine interne et de chirurgie, sans mention de spécialité.

Pour être juste, il faut ajouter que l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie existaient sous la direction du docteur Victor Lavoie et, de temps à autre, des cas compliqués d'orthopédie recevaient l'attention du docteur P.H. Rainville.

Pour le reste, les chirurgiens généraux couvraient toute chirurgie, comprenant urologie, gynécologie, chirurgie obstétricale et orthopédie. Il va de soi que toute l'urgence reposait sur le résident ou l'interne de garde.

Une fois emménagé, je m'assis dans la berceuse tressée de jonc pour tenter de rassembler mes pensées et de chercher à deviner si ce milieu me conviendrait.

Bien sûr, j'étais déjà conquis par l'amabilité des gens rencontrés.

Il me fallait maintenant prendre contact avec les patrons avant de savoir si oui, si non.

Je le saurais bientôt.

LE PATRON

Depuis deux jours déjà, j'avais maintes fois fait le tour de l'hôpital, fait la visite avec le docteur Albert Paquet, dont les cas de chirurgie majeure, pour le moment, se résumaient à quelques cas de thyroidectomie pour goître toxique et à un ou deux cas de vésicule biliaire déjà opérés. La rencontre avait été agréable, réservée et assaisonnée de quelques questions sur la thyroïde, l'importance du goître toxique et le traitement indiqué. Quelques phrases clés, quelques tests anodins en apparence qui permettaient au patron de se faire une idée du nouveau résident. Malgré l'expérience acquise à Ottawa au contact des chirurgiens déjà mentionnés, et bien entraîné dans cette chirurgie, je devinai que le docteur Albert soupesait mes quelques connaissances et tentait d'évaluer dès l'abord, le poids du nouveau résident.

Magella qui avait obtenu son diplôme sans difficulté, m'avait averti des questions pièges du président et m'avait ainsi mis sur mes gardes.

J'avais eu une ou deux rencontres avec le docteur Achille, qui m'avait tout de suite mis à l'aise en me disant: "Sois présent, occupe-toi bien des patients, et quant au reste, tout ira seul. Je m'efforcerai, en ce qui me concerne, de t'initier le mieux possible à l'assistance chirurgicale responsable, et à te montrer ce que doit faire un chirurgien dans une salle d'opération."

La rencontre avec le docteur Fortier fut empreinte de gaieté et d'une bonhomie qu'il utilisait parfois simplement pour charmer son interlocuteur. Il m'avait pris par le revers de mon sarrau et m'avait dit: "Mon petit Roland, je connais bien ton père. Si tu es comme lui, pas de problème. Suis-moi, tu verras ce qu'on peut ap-

prendre au contact d'un vieux routier comme moi." Je n'ai jamais oublié ses paroles.

J'ai connu tous les bienfaits de ses conseils, d'ailleurs, et les inconvénients aussi de son contact pas toujours aussi enjoué.

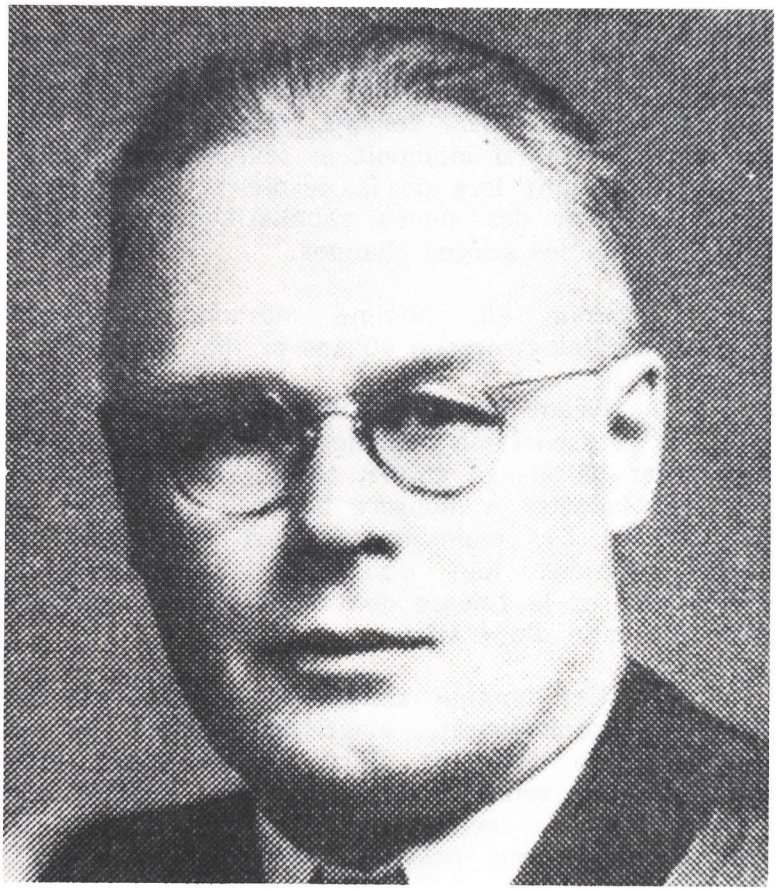
S'il s'agissait d'un grand malade, d'un bourgeois riche, en plus, il devenait à ce moment sérieux, sévère, et il fallait obéir à la lettre à ses observations, à ses directives plutôt.

Un autre interne, cette même année, avait discuté avec le patron en médecine du bien-fondé d'une thérapeutique que lui ne comprenait pas et n'acceptait pas.

Il fut toute l'année traité de haut, en attendant une reprise d'examens qu'il réussit, d'ailleurs, mais cette remarque inopportune avait en quelque sorte empreint son séjour chez nous d'un état de malaise permanent.

On ne badinait pas avec l'autorité à cette époque. Elle était omnipotente.

Magella m'avait dit: "Cela ne peut beaucoup tarder, il vient en général tous les jours, parfois aux deux jours." Il voulait ainsi parler de l'assistant régulier, associé des deux chirurgiens Paquet, le docteur Paul A. Poliquin.



Dr Paul A. Poliquin

Le troisième jour, tel que convenu avec Mademoiselle Pouliot, la réceptionniste qui devait m'avertir de l'arrivée de chaque patron, je fus appelé vers 8 heures et trente, et elle m'annonça simplement que le docteur Poliquin venait d'entrer.

A la porte de l'ascenseur, se tenait un homme de grandeur moyenne, à carrure d'athlète, avec des épaules larges et solides, bien ancré sur ses jambes, le dos légèrement voûté.

Il avait très exactement 42 ans, les

cheveux châtains, le teint rosé. Il tenait dans sa main gauche un carnet dans lequel il écrivait ou traçait vis-à-vis d'un nom des signes qui, je l'appris plus tard, selon leurs formes, représentaient pour lui un code qui lui indiquait le sexe, la maladie et l'état du patient lors de la dernière visite. Pour nous, c'étaient des signes cabalistiques dont nous nous faisions des gorges chaudes.

Pour lui, homme méthodique, c'était presque de l'électronique 40 ans prématurément.

Avant que l'ascenseur n'arrive, et avant qu'il ait pressenti ma présence, j'avais eu le temps d'observer un visage calme, serein, les yeux bleus, sous des lunettes à monture dorée, chevauchant un nez droit. Les mains larges, aux doigts gros et courts, étaient loin de laisser soupçonner la délicatesse et la finesse dont elles étaient capables dans une salle d'opération.

Cet homme timide et plutôt froid me regarda profondément, longtemps, quand je lui déclinai mon nom, et finit par m'assurer qu'il attendait ma venue avec impatience, sachant que j'avais déjà fait un stage en chirurgie ailleurs, et que je devais donc posséder un entraînement qu'il espérait bon.

Je dois dire que je restai plutôt interloqué, ne sachant que répondre, estimant personnellement que mon bagage chirurgical était mince. Nous commençâmes la visite des malades, ceux des docteurs Albert et Achille, et les siens.

C'était une visite longue, mais combien intéressante.

A chaque lit, la même cérémonie recommençait. Le petit calepin était d'abord consulté et, ensuite, le patron s'informait d'abord auprès de l'infirmière qui lui tendait en même

temps le dossier du malade, de l'état de ce dernier depuis les dernières 24 heures; tout y passait, la fièvre, les fonctions des émonctoires, la quantité des excrétas, les signes anormaux tels que vomissements, diarrhée, hémorragies, la couleur des vomissements, des urines, des selles; la mobilité du malade, l'état respiratoire, tout.

Et puis c'était le tour du malade.

Avec douceur, il s'informait d'abord comment lui-même se sentait, s'il avait mangé, ce qu'il avait mangé et s'il digérait bien. La présence ou non de douleur, sa situation, son irradiation.

Enfin, il recommençait presque un questionnaire personnel.

Ce n'est qu'avec le temps que je réalisai que cette façon de procéder, faisait partie d'un ensemble de règles qu'il s'imposait, dans le but de fournir au malade matière à se rassurer, à être conscient au maximum non seulement de la qualité des soins que son médecin lui administrait, mais peut-être encore plus du soin que le docteur prenait de lui.

Jamais aucun malade ne reste insensible à un tel comportement. Il développe une confiance illimitée dans son médecin qui peut lui faire accepter plus facilement, les traitements les plus compliqués, les opérations les plus onéreuses.

Car, il a su démontrer un aspect social de la médecine, empreint d'un dévouement constant, à toute épreuve, qui peut être très exigeant à certains moments.

Ce dévouement, le docteur Poliquin l'avait développé au superlatif.

Toujours dans les règles d'une éthique

professionnelle impeccable.

Rarement l'ai-je vu pendant toutes les années où nous avons travaillé ensemble, quitter le lit d'un malade sans que les deux sourient, l'un de complaisance, l'autre même souffrant, de gratitude envers son docteur.

J'ai appris beaucoup de mon patron, la technique, les soins pré et post opératoires, le comportement social, le dévouement.

Il m'a appris encore beaucoup plus, le don de soi.

LE TREMBLEMENT DE TERRE

Dès mon arrivée à l'hôpital, j'avais réalisé que je ne pourrais pas fonctionner efficacement, à moins d'avoir un moyen de locomotion plus rapide que le tramway.

D'une part, mes parents et ma fiancée demeuraient à la haute-ville, et il était normal que je tienne à les visiter fréquemment; d'autre part, j'étais de garde en permanence, sur appel, et il me fallait devoir être disponible rapidement et facilement.

C'est alors que je fis l'acquisition d'une voiture Chevrolet, modèle 1928, pour la somme élevée de $200.00.

La condition importante de la transaction résidait dans le fait que mon confrère Magella avait un oncle professeur en mécanique automobile à l'École technique, qui nous avait garanti amicalement que toutes les réparations éventuelles de l'engin seraient faites gratuitement. A cause de son amitié pour Magella et la jeunesse en général, il nous faisait cette concession inespérée.

En retour, de temps à autre, nous lui manifestions notre gratitude en lui offrant une bonne bouteille de vin, ce qu'il ne dédaignait pas.

Quant à Magella, il avait l'usage de la voiture quand je restais à l'hôpital le soir, ce qui était fréquent.

Arrangement parfait, on le voit.

Depuis le début de mon stage, nous nous étions très bien entendus, les deux internes et moi,

mais Magella que je connaissais mieux et depuis plus longtemps, était devenu mon ami.

Il s'efforçait maintenant, pendant sa dernière année, d'acquérir le plus possible de science médicale, et c'est pourquoi il fréquentait assidûment la bibliothèque, en suivant les articles récents dans les quelques journaux médicaux auxquels nous étions abonnés. Mais surtout, nous travaillions ensemble le plus possible pour acquérir petit à petit les éléments pratiques qui sont bien l'essence de la médecine.

Et c'est ainsi qu'à nous deux, nous avions couvert un nombre important de cas à la clinique externe, dont l'urgence faisait partie. Nous avions, ensemble, réduit des fractures et installé des appareils plâtrés, suturé des plaies, nettoyé et réparé des blessures, fait l'exérèse de tumeurs bénignes sous anesthésie locale, enfin, la routine d'une consultation externe avec ses petites lésions dont nous prenions soin nous-mêmes, et ses grosses lésions que nous dirigions aux patrons de la discipline concernée.

Ensemble, nous avons fait cette année-là une centaine d'accouchements avec le bienveillant consentement et la surveillance du docteur Paul V. Marceau, chef du Service d'obstétrique, un homme bon, simple, religieux autant qu'on peut l'être, en même temps qu'agréable et rassurant. A quelques reprises, il nous avait laissés tenter de nous tirer de notre mieux d'un accouchement compliqué pour, un moment donné, lui-même, d'un geste expérimenté, nous indiquer la manière exacte de procéder. En même temps que Magella, j'avais donc acquis une expérience sans prix.

Dr Paul V. Marceau

Quant à lui, il avait confiance en moi, son aîné, et semblait accepter avec satisfaction l'enseignement pratique que comme R-II, je pouvais lui dispenser. Avec le nombre grandissant de cas en chirurgie, il faisait de plus en plus d'anesthésie et avait développé un doigté particulier dans ce domaine.

Il avait un défaut majeur, cependant, il était craintif, je dirai même pusillanime à certains moments. Il avait peur de quelques-uns uns des patrons trop sérieux, trop sévères pour lui, et de

l'imprévisible, dans la vie courante comme en médecine.

Un soir, en février 1936, j'avais été de garde et travaillé ferme toute la soirée. Je m'étais couché vers minuit et m'étais immédiatement endormi d'un sommeil de plomb.

L'impression de mouvements anormaux, désordonnés de mon lit, les craquements des boiseries m'éveillèrent en sursaut. Je réalisai immédiatement qu'il s'agissait d'une secousse sismique, de faible intensité paraît-il, mais qui malgré tout avait déplacé mon lit d'environ deux pieds vers le centre de ma chambre.

Lorsque j'étais pensionnaire au Petit séminaire, lors d'un tremblement beaucoup plus fort en 1925, j'avais été des plus impressionné par les mouvements, les secousses diaboliques des murs, du plafond et du plancher. Une réaction d'épouvante avait saisi instantanément tous les enfants du dortoir, et, ce soir, la même réaction s'installait en moi.

J'avais sauté instinctivement en bas du lit, et, en même temps, la porte s'ouvrit en coup de vent, et je vis apparaître Magella énervé, excité, balbutiant des paroles incohérentes.

Après avoir fait la lumière, je vis mon confrère blanc comme un drap, qui s'agrippait à mon bras et qui disait ce que je pouvais maintenant comprendre: "Qu'est-ce que c'est? qu'est-ce qu'on fait?" répété plusieurs fois d'un ton plus élevé d'une séquence à l'autre. Tout tremblant moi-même, je tentai malgré tout de rassurer mon ami et, pour commencer, à nous deux, nous remîmes en place le lit qui avait littéralement glissé jusqu'au milieu de la chambre; et comme nulle autre secousse ne se produisait, je suggérai d'aller aux étages pour nous rassurer

d'abord nous-mêmes en quittant ma chambre, et voir l'état des malades et du personnel.

Bien nous en prit.

A chaque étage on trouvait des patients en pleurs, gémissant de peur, et surtout, ce qui était plus grave, quelques garde-malades affolées à la pensée que tout pouvait recommencer.

Je me souviens très bien de l'une d'entre elles, assise sur le parquet, la tête cachée sous une couverture de laine, tremblant de tous ses membres.

Il fallut d'abord faire entendre raison au personnel en charge de chaque unité, les calmer, trouver les paroles nécessaires à faire cesser la panique. Les internes s'affairaient auprès des malades dont certains paraissaient complètement sidérés devant leur impotence, à un moment si tragique.

L'aumônier de son côté, des religieuses qui, pas trop rassurées elles non plus, avaient quitté leur quartier, se mêlèrent à nous, de sorte que vers 3 ou 4 heures, comme tout semblait rentrer dans l'ordre, nous regagnâmes nos chambres.

Rendus à la porte de la mienne, Magella dit soudain: "Tu n'as pas d'objection à ce que je termine la nuit dans ta chaise berçante?" "Bien sûr que non". Et c'est ainsi que l'aube nous trouva sans sommeil, moi couché, lui assis dans ma chaise, de plus en plus calmes tous les deux, à mesure que l'heure du drame s'éloignait.

J'ai gardé de cette nuit un souvenir vivace.

La réflexion nous amène à penser que devant des phénomènes naturels si impressionnants,

l'être humain est complètement désarmé. Cela m'étonne toujours de voir comme l'équilibre nerveux se désaxe facilement devant l'incompréhensible.

L'ÈRE PRÉ-SULFAS ET ANTIBIOTIQUES

En 1935, nous sommes encore dans cette période obscure qui a précédé la découverte des sulfas d'abord, des antibiotiques ensuite.

Le taux d'infection était élevé. Des maladies maintenant disparues ou presque, comme la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, d'autres qu'on ne voit à peu près plus comme la pneumonie franche, la tuberculose et d'autres encore, faisaient le poids dans tous les services hospitaliers et la tâche du personnel infirmier était très ardue sans oublier celle du résident faisant office à ce moment par son invention et sa surveillance des malades, de nos unités de soins intensifs actuelles.

Des cas très graves, toujours à séjour prolongé, telles les septicémies, les pyohémies, les ostéomyélites, étaient presque monnaie courante et conduisaient souvent aux traitements chirurgicaux les plus drastiques.

Tel ce patient souffrant d'ostéomyélite du fémur, qui durait depuis plusieurs années, résistant à tous les traitements connus et qui s'était soumis à regret, pour sauver sa vie, à l'amputation du membre inférieur.

La journée du résident commençait à 7 heures par la visite des patients opérés récemment et, en même temps, par une revue brève des dossiers de patients graves en médecine interne et en obstétrique.

Vers 8 heures, le bilan de ces cas devait être connu, des ordonnances adéquates faites et surtout un résumé de chaque cas gardé en mémoire pour les patrons dont on attendait l'arrivée.

Le docteur Albert, homme de principes et très ponctuel, était au poste à 8 heures et s'enquérait en arrivant de ses malades.

Quand c'était le jour du docteur Achille, en général les programmes opératoires débutaient à 8.30 heures.

Le docteur Poliquin était, dans cet ensemble, le trouble-fête.

En toute justice, il faut dire que depuis le congrès Jacques-Cartier, pendant lequel il avait été le seul à couvrir l'urgence et les autres cas préparés à l'opération, on avait continué à lui confier à peu près toute l'urgence des hôpitaux St-Luc, St-François d'Assise et l'Enfant-Jésus, de sorte qu'aucune cédule opératoire bien établie ne pouvait s'accommoder d'un tel système.

Ce qui est peut-être le plus étonnant, c'est la résistance physique de cet assistant dévoué, habile, au fait de la science médicale moderne, et qui ne refusait jamais le service qu'on lui demandait.

Trouble-fête, bien sûr, quand après avoir cédulé une intervention élective à St-François d'Assise à 8 heures, il voyait son programme complètement chambardé par une urgence à St-Luc, une seconde à l'Enfant-Jésus, ce qui décalait de plusieurs heures l'opération préparée à St-François d'Assise pour 8 heures.

Évidemment, nous, l'anesthésiste et moi, nous étions prêts après la visite matinale des malades. Après une heure d'attente, nous faisions une visite complète, espérant le coup de téléphone inévitable qui nous annonçait que le patron arriverait à 11 heures. Ces faits répétés assez fréquemment, avaient fini par nous permettre de prendre charge des traitements au lit du malade,

d'examiner en détail les nouveaux arrivants, de modifier des traitements en cours, et fréquenter la bibliothèque voisine du bloc opératoire.

L'exemple le plus spectaculaire que je puisse raconter est celui d'un malade préparé pour une gastrectomie à 8 heures.

A cette heure, la visite rapide des malades était faite et l'anesthésiste et moi ayant déjà revêtu nos vêtements de salle d'opération, devisions de la clarté de ce matin d'octobre où, dans les Laurentides toutes proches, on pouvait admirer du vestiaire, des arbres déjà revêtus de leurs couleurs d'automne.

D'un sujet à l'autre, nous avions presque deux heures de retard quand on vint nous avertir avec joie, que le patron serait là à 11 heures.

A midi, nouveau téléphone nous annonçant qu'une nouvelle urgence reportait l'opération à 15 heures.

Et à 17 heures, l'annonce définitive de la remise de l'intervention au lendemain.

Naturellement, j'ai choisi ce cas extrême, véridique cependant, comme un exemple premièrement de la soumission sans réserve à la décision de l'autorité; deuxièmement de la toute puissance de l'autorité médicale en ces temps éloignés.

Car si nous rouspétions tous "in petto", aucune plainte officielle n'a jamais été formulée.

Accordons que les programmes opératoires étaient peu chargés et qu'en général, deux ou trois chirurgiens au plus opéraient le même jour.

Les divers comités d'accréditation des

hôpitaux ont mis ordre à cet état de chose et on ne concevrait plus maintenant de telles situations.

Pour revenir à nos cas compliqués, j'en citerai quelques-uns où ce qui va suivre paraît être plus de l'empirisme que de la médecine.

Et pourtant ! J'ai vu de nombreux cas de péritonite appendiculaire généralisée, de ces cas négligés, de ceux que Mondor, et mon patron, appelaient l'évolution en trois temps, la phase aiguë, l'abcédation, la perforation, que nous considérions au départ comme extrêmement graves, sortir guéris après le traitement qui suit.

Laparotomie et exérèse de l'appendice gangrené, lavage péritonéal au sérum physiologique et débridement des collections purulentes disséminées dans l'abdomen.

Appendicostomie, soit la mise en place dans la lumière de la base appendiculaire d'un tube dans le caecum, fixé en place par un fil placé en cordon de bourse autour de cette même base, et extériorisé par une contre-ouverture iliaque droite.

Et surtout, l'administration de doses élevées, répétées aux 6 heures, d'un sérum antigangreneux polyvalent.

C'était, bien sûr, l'ensemble de ces manoeuvres qui nous permettait de sauver la plupart de ces moribonds.

Nous étions tous tendus pendant quelques jours autour de ces patients qui, quelques années auparavant, mouraient, tel Gambetta en 1882 (cas rapporté par Mondor) entouré de sommités médicales, qui se déclaraient impuissantes sauf Lannelongue, qui aurait voulu l'opérer, et qui le laissèrent mourir sans traitement, après avoir

observé l'évolution de la maladie pendant 21 jours.

Évidemment, nous étions heureux de nos résultats.

J'ai vu et contribué à traiter de ces cas gravissimes, de septicémies, de pyohémies, avec les moyens connus du temps. Pansements au Dakin-Carrel, Septicémine (Hexamétylène tétramine, plus iode 33%), l'emploi de Colloïdes, en injections intra-veineuses, qu'on espérait provoquer ce qu'on appelait un choc colloïdo-clasique qui permettrait aux anti-corps du patient de se développer avec plus d'énergie (précis de pathologie chirurgicale étidion 1928. Larousse médical édition 1925).

Et puis, pour les réfractaires, j'ai moi-même, résident, sous la direction d'un patron, administré du Carbonactyl. C'était la découverte d'un médecin québécois dont le raisonnement était le suivant: le charbon est un absorbant; si, en plus, on peut le rendre adsorbant, en déposant dans le sang du malade des particules de charbon sur lesquelles microbes et virus pourraient se déposer, le succès pouvait être prévu.

La substance à injecter était tellement épaisse et consistante, qu'il fallait d'abord enduire le piston de la seringue d'une huile neutre stérilisée, lui permettant de glisser jusqu'à l'administration complète du produit.

C'étaient des injections de 20 cc.

Quel cauchemar pour un résident chargé de ce travail !

Quelle inquiétude pour le malade qui voyait ce charbon épais pénétrer dans son organisme !

Les expérimentations faites avec un cer-

tain succès sur l'animal ne donnaient hélas pas le même rendement chez l'humain.

Un travail présenté à la Société des Hôpitaux extra-universitaires à l'Enfant-Jésus, rapportait 15 malheureux cas d'insuccès.

Et puis, en désespoir de cause, on pouvait toujours "tenter de fixer l'infection" et recourir à l'abcès de fixation (méthode de Fochier. Thérapeutique obstétricale. Docteur C. Jeannin 1922).

On le provoquait par une injection sous-cutanée de térébenthine, faite de préférence à la cuisse ou à la paroi abdominale, et qui causait, au moment de l'injection, une forte douleur.

Deux jours plus tard, l'infection locale commençait à se manifester. La température du septicémique déjà élevée le soir, présentait maintenant des clochers imposants de 105 degrés, 106 degrés.

C'était une bonne réaction, ce qu'on appelait dans le temps une réaction de bon aloi, comme on disait du pus franc, pour un liquide épais, jaune, bien lié, en comparaison avec le pus sale, mal lié, nauséabond, clair et grisâtre de la gangrène gazeuse.

Que de chapitres se sont écrits sur ces sujets qui nous semblent si loin, si lointains, et quand même si proches !

Les uns ajoutaient sur ces abcès qui prenaient en une semaine des proportions alarmantes, soit des pansements humides chauds, soit des cataplasmes de graines de lin. (Entretiens de Bichat 1950. G. Métivet)

Le fait de provoquer une infection

secondaire d'envergure semble avoir développé chez ces individus une nouvelle source de défense qui, d'une façon presque incroyable, permettait de détourner la septicémie si grave quelques jours auparavant.

Vers la huitième ou la dixième journée, l'abcès de fixation était ouvert, drainé, et on voyait tous les phénomènes généraux disparaître. Il ne restait plus à l'abcès de la cuisse qu'à guérir lentement, laissant une cicatrice vicieuse, témoin indélébile d'une victoire chèrement gagnée.

Difficile à croire, n'est-ce-pas?

C'était pourtant le cas qui s'est produit plusieurs fois pendant cette année. J'étais comme résident, un des thérapeutes de ces événements tragiques.

Ne terminons pas ce chapitre d'une thérapeutique qui nous paraît pour le moins étrange, sans décrire une séance d'application de ventouses, et encore mieux, de ventouses scarifiées.

On apprend en pathologie, de nos jours, que la pneumonie existe toujours, mais sous des formes différentes, souvent, comme complication d'interventions prolongées. Ce n'est plus, à proprement parler, cette terrible maladie qui existait encore il y a 40 ans, très grave, avec une phase d'hépatisation rouge et de deffervescence vers la neuvième journée; avec une phase d'hépatisation grise conduisant à la mort, si la deffervescence ne s'était pas produite.

La thérapeutique usuelle des infections était indiquée, mais on prévoyait surtout une aération adéquate de la chambre du malade qu'on laissait assis plutôt que couché. On faisait des inhalations d'antiseptiques des voies respiratoires.

Et surtout, les cataplasmes de toutes sortes étaient largement utilisés au thorax en avant, en arrière.

Plus efficace encore était l'application de ventouses. C'étaient des verres en forme de coupes arrondies, dont on chassait l'air en badigeonnant l'intérieur avec un tampon ouaté imbibé d'alcool, auquel on mettait le feu. Avec dextérité et rapidité, l'opérateur appliquait alors la ventouse qui faisait succion et causait une révulsion sur les tissus ainsi emprisonnés où le sang attiré décongestionnait les tissus profonds.

Le principe, en somme, moins répugnant cependant, des sangsues appliquées au siècle dernier.

Puis, on ajouta à ce traitement, en faisant des scarifications au niveau de la peau; la ventouse appliquée à cet endroit, aspirait littéralement la moitié de son contenu de sang. (ventouses scarifiées. Larousse médical, édition 1925).

Cette opération se pratiquait au moyen d'un appareil de forme rectangulaire, le scarificateur, muni à l'intérieur d'un ressort qu'on remontait comme une horloge, et que l'on déclenchait le moment venu, en pressant sur un bouton situé sur le côté de l'appareil. Le ressort déclenché, projetait instantanément, et avec force, un système de quatre lames aiguisées comme un rasoir, et qui, quand le scarificateur était appliqué correctement sur la peau, produisaient quatre coupures dont la profondeur variait selon l'ajustement des lames.

Une aide tenant la ventouse prête, l'appliquait immédiatement. Le sang giclait dans le verre aspirateur pendant que le patient se lamentait.

Cela me paraissait proprement inhumain, mais était décrit dans tous les bouquins de médecine interne qu'on nous faisait étudier.

J'ai vu faire cela une fois, témoin bien décidé à ne jamais plus participer à une telle thérapeutique.

Cependant, le malade guérit.

Qu'y a-t-il de plus à dire?

LE BLOC OPÉRATOIRE

Depuis le 19ème siècle, la chirurgie a fait des pas de géant en raison d'abord des découvertes de Pasteur et Lister, et les grands chirurgiens de la fin du siècle dernier, français, anglais, autrichiens et allemands, américains, ont contribué à établir définitivement cette spécialité comme une discipline médicale, au même titre que la médecine interne.

Quoique le spécialiste en médecine interne ait accepté cet équilibre social, il considère malgré tout, encore de nos jours, qu'ils sont les savants pendant que nous sommes les techniciens de la médecine.

Nous avons appris à les dépanner sans sourciller, conscients que le public sait apprécier chaque spécialiste le moment venu.

Maîtriser la chirurgie n'est pas tout. Il faut pouvoir la pratiquer dans un milieu favorable, avec l'aide indispensable de gens entraînés compétents.

De là, sont nés les blocs opératoires, et en 1935, à St-François d'Assise, la directrice était une jeune religieuse vive, intelligente, d'un dévouement inépuisable, Soeur Ste-Thérèse de l'Enfant-Jésus.

Son arsenal était bien rempli d'instruments de chirurgie, tant de fabrication européenne qu'américaine.

Elle s'occupait de la préparation des plateaux à instruments, dont le nombre et la variété changent avec chaque intervention.

Et elle était également en charge de la stérilisation du matériel depuis les éponges et fils de toutes sortes, jusqu'aux aiguilles de différents calibres et de différentes formes.

Elle était chargée, en plus, de la stérilisation de toute la lingerie des salles d'opérations et de la salle d'obstétrique. Son assistante était une femme d'un dévouement illimité, Mlle Irène Gagné.

Dès ma première visite au bloc opératoire, j'avais fait connaissance avec cette Soeur compréhensive et prête à aider au besoin, de ses remarques, le nouvel arrivant.

Nous avions en préparation depuis déjà quelques jours, une patiente dont le docteur Albert m'avait parlé, que nous avions examinée ensemble, et qui était porteuse d'une lésion maligne du côlon gauche, près de l'angle splénique.

L'examen physique nous avait mis en présence d'une femme dans la quarantaine, bien conservée, ayant perdu quelques livres de poids et ne présentant que depuis une semaine environ, des douleurs dans son abdomen.

L'abdomen lui-même, un peu ballonné, ne laissait pas palper la tumeur trop haut située sous le gril costal gauche. Le foie lui, paraissait normal.

Une autre lésion qui nous paraissait dépendre peut-être de la première, était constituée d'une masse importante, découverte à l'examen gynécologique, située et fixée dans le petit bassin, et douloureuse, et qui pouvait bien être des métastases de la tumeur colique.

Ensemble, avec le docteur Robitaille, nous avions regardé au négatoscope les films du

lavement baryté. L'image "en coeur de pomme", bien caractéristique des néoplasmes du côlon gauche y apparaissait.

En conséquence, la patiente avait été préparée selon la méthode usuelle, soit une diète pauvre en résidus, un purgatif et une évacuation complète du côlon par lavements répétés.

Le docteur Albert avait dit: "Nous interviendrons demain matin et tu seras mon assistant".

C'était la première fois depuis mon arrivée à St-François d'Assise que j'avais l'occasion d'assister à une opération aussi importante, et c'est avec un peu d'appréhension, (à cause des vieux souvenirs d'Ottawa), que j'attendais le déroulement de cette première expérience à la salle d'opération.

A 8 heures le lendemain matin, nous étions prêts, et Soeur Thérèse agissait comme instrumentiste.

Tel que prévu, une tumeur déjà assez volumineuse, mais n'obstruant pas complètement la lumière de l'intestin, fut découverte à l'angle splénique; à un endroit qui nécessite toujours une dissection laborieuse en évitant de léser les organes adjacents, comme l'estomac, la rate, le rein et l'uretère.

Le docteur Paquet avait, dès le début, constaté l'absence de métastases hépatiques.

Il opérait sans bruit, ne parlant que pour le nécessaire, et procédait avec célérité aux manoeuvres opératoires.

Je restai étonné de la dextérité avec laquelle ces grosses mains et ces gros doigts, appartenant à un homme de haute taille, pouvaient

travailler.

Cela semblait même facile, et les mains habiles disséquaient sans hésitation.

A mesure qu'il avançait dans cette dissection, il m'expliquait graduellement la manière de procéder, libérait tout en les indiquant, les vaisseaux principaux qu'il sectionnait sur pinces et ligaturait ensuite tout en isolant les organes qu'il fallait protéger.

Un cours magistral de technique opératoire.

Une fois le tout libéré, 50 cm de côlon trasverse et descendant furent sectionnés entre deux pinces et le tout anastomosé bout à bout, en termino-terminale.

Tout au cours de l'opération, il m'avait signalé les points les plus importants, et la façon dont je pouvais lui être le plus utile.

L'opération du côlon fut expédiée en moins de deux heures, et après avoir nettoyé le péritoine par lavage au sérum physiologique, le docteur Paquet dit à l'instrumentiste: "Si vous voulez nous fournir maintenant les instruments nécessaires à une hystérectomie totale, que je crois nécessaire à cause de l'enclavement de l'utérus, nous allons procéder immédiatement".

Moi qui avais soupiré d'aise en terminant le côlon, heureux mais fatigué, je me préparai à continuer, remarquant du coin de l'oeil que le patron semblait aussi frais qu'au début.

Ce qui fut dit fut fait.

De nouveau, les doigts habiles disséquèrent, coupèrent, firent des ligatures pendant une

autre heure et demie.

La paroi fut refermée, et deux drains laissés en place.

Le tout avait duré environ trois heures et demie.

A l'époque, c'était une opération de très grande envergure, surtout quand on songe aux moyens restreints que nous avions de supporter le malade pendant l'opération, alors que nous n'avions pas de sang à notre disposition, alors que l'anesthésie n'avait aucun des raffinements que nous connaissons aujourd'hui. Je pense encore à cette intervention comme l'une de celles qui m'ont le plus frappé et qui ont été, également, les mieux réussies.

La patiente fut reconduite à son lit, les prescriptions faites, et j'eus la tâche de la surveiller pour les suites immédiates de l'opération.

En réalité, elle put se lever vers le dixième jour, le lever précoce n'étant pas encore de mode à cette époque, et elle put quitter quelques jours plus tard, en voie de guérison.

Je répète, encore aujourd'hui, que je pense à cette opération comme à un succès avec les moyens limités du temps, et malgré moi, je suis porté à faire des comparaisons avec la façon dont nous procédons aujourd'hui et les résultats qui, dans l'ensemble, ne sont pas tellement différents de ceux que ces chirurgiens de grande classe obtenaient alors.

Je dois ajouter que tout au cours de l'intervention, je m'attendais à quelque remarque brusque ou désobligeante sur ma façon d'assister. Au contraire, tout se passa sans anicroche.

Il n'y a rien de tel pour stimuler un assistant, et à partir de ce moment, c'est toujours avec joie et assurance que j'ai continué à faire de l'assistance opératoire et à devenir moi-même un chirurgien.

J'affirme avoir travaillé ce matin-là, avec l'un des meilleurs chirurgiens qu'il m'a été donné d'observer durant toute ma carrière.

LA CRISE D'HYPERTHYROIDIE

Il y avait déjà quelques mois que j'étais à St-François d'Assise et il va sans dire que je m'étais acclimaté sans difficulté et rapidement, à tout le système hospitalier de cette institution.

Je connaissais toutes les directrices des unités de soins, les infirmières et les quelques infirmiers, peu nombreux à l'époque. Les soins infirmiers différaient sensiblement de ce que nous connaissons aujourd'hui. Ainsi, les services infirmiers commençaient à 7 heures le matin et se terminaient à 19 heures, avec une période intermédiaire de 3 heures pour le repos de l'aprèsmidi.

Le service de nuit commençait à 19 heures, entrecoupé d'une période pour le repas durant la nuit, et ensuite, cédait la place à l'équipe de jour à 7 heures le lendemain matin. C'étaient, on le voit bien, des services très chargés; et, cependant, en rétrospective, il me semble que tout se faisait bien.

Tous acceptaient ces longues heures de travail et, à mon point de vue, les malades n'en étaient que mieux soignés puisqu'une infirmière était affectée à un département, avec le même groupe de malades, pour une période d'un mois, ce qui fait qu'elle connaissait à fond tous ses patients.

D'une journée à l'autre, elle pouvait suivre l'évolution graduelle de la maladie. Parfois, c'était elle qui était le plus en mesure de déceler chez un malade des signes avant-coureurs de complications, signes qu'elle inscrivait dans ses notes.

Bien sûr, c'était un système complètement opposé à ce que les Syndicats exigent

aujourd'hui et également opposé à tout le système d'éducation tel que nous le connaissons maintenant. Ajoutons que toujours dans le même système, les infirmières demeuraient à l'hôpital, à l'école des garde-malades pour la plupart, sauf quelques rares exceptions dont les parents demeuraient dans le voisinage. Ainsi, elles étaient constamment dans le milieu hospitalier, où elles vivaient la vie d'une étudiante infirmière, tel que l'a si bien décrit Mme Beaumier Paquet dans "Une page mémorable de la médecine à Québec".

Des cours de sciences hospitalières donnés par les médecins de l'hôpital formaient la partie théorique, tandis que la présence quotidienne dans les unités de soins couvrait la partie pratique de la formation des infirmières.

Ajoutons qu'en raison de ce système, les patients connaissaient bien leurs infirmières, s'y attachaient véritablement et recevaient en retour des soins d'une qualité rare.

Il n'y avait pas d'unité de soins intensifs à ce moment, mais tous les malades étaient connus et traités avec la même discipline par tout le monde.

Ce qui m'amène à vous raconter l'évolution d'un cas extrêmement sérieux que le docteur Achille avait sous ses soins depuis assez longtemps à l'hôpital, une jeune femme de 24 ans, d'origine étrangère, ne comprenant que quelques mots de français.

Les communications médecin-patient étaient donc difficiles. C'était surtout par signes qu'il fallait se comprendre.

Elle était porteuse d'un goître des plus toxiques, qui lui avait donné tous les symptômes les plus visibles de cette terrible maladie, et nous

avions commencé le traitement depuis environ deux semaines.

Il était établi de la façon suivante: d'abord, le repos le plus absolu possible, ce qui implique que la malade devait garder le lit, et en plus, dans les cas les plus graves comme le sien, la politique était de leur éviter les contacts extérieurs comportant toujours un certain degré de stress. Donc, toute visite, sauf celle d'un parent proche, était interdite.

Le régime alimentaire était bien calibré, sans gras, avec un surplus de protéines, réserve utile dans les suites opératoires.

Le seul médicament administré à ce moment et qui avait une valeur incontestable, l'iode, était donné en gouttes per os, en doses calibrées, quatre fois par jour. Au coucher, un somnifère léger était administré dans le but de procurer un repos encore plus complet car, malgré toutes ces précautions, ces patients étaient victimes d'une agitation des plus exténuantes.

Chez certains d'entre eux, il fallait donner en surplus des tranquillisants pour obtenir chez eux la sédation nécessaire à la préparation à l'intervention.

L'opération, une thyroïdectomie subtotale devait s'effectuer sous anesthésie locale, à la Novocaine, pour deux raisons principales.

La première, c'est que l'anesthésie générale ne pouvait fournir les garanties que nous possédons aujourd'hui, avec l'intubation qui ne se pratiquait pas encore à ce moment; la seconde, c'est que même avec une dissection des plus minutieuses, on craignait toujours de léser les nerfs récurrents laryngés et de provoquer ainsi une paralysie des cordes vocales.

L'anesthésie locale permettait de converser avec l'opéré et de s'assurer, aux moments les plus critiques, que les récurrents étaient bien indemnes.

Au jour choisi, la thyroidectomie s'était accomplie dans un temps rapide, sans difficulté. Les formations anatomiques avaient été bien identifiées, et environ 1/20ème de la glande avait été laissée en place à chaque lobe. Après avoir suturé la peau avec des agrafes de Michel, un pansement légèrement compressif avait été mis en place et la patiente éveillée reconduite à sa chambre.

Il est toujours indiqué, dans ces cas, d'agir avec le plus de célérité possible, et c'est ce que nous avions fait ici, en utilisant une quantité restreinte d'anesthésique, juste ce qu'il faut pour donner l'insensibilité nécessaire à la dissection.

Confortablement installée dans son lit, en position encantée, presque assise sur des oreillers disposées en Madeleine, la tête légèrement renvoyée en arrière, notre malade semblait reposer dans les suites immédiates de l'opération.

Ce n'est que vers le soir, à l'heure de la contre-visite, vers 16 heures et demie, que les premiers symptômes d'une tempête thyroidienne commencèrent à se manifester.

Le début s'amorce par une agitation progressive, une transpiration profuse, une fatigue de plus en plus grande, une sensation d'inconfort total, qu'aucune position n'améliore, et, surtout, l'impression de plus en plus angoissante pour le patient qu'il est en train de s'asphyxier. Sa respiration devient de plus en plus courte, son pouls rapide mais régulier d'abord, devient vite incomptable, et le coeur menace de flancher. L'horreur d'une mort imminente ajoute à l'angoisse

du malade.

A moins que l'on n'agisse tout de suite, il peut passer d'un état d'hypertension à une hypotension grave, développer une confusion progressive qui conduit au coma et à la mort.

Il fallait baisser l'hyperthermie excessive par l'application de vessies de glace au contact du malade. Nous devions instituer tout le traitement en tenant compte que chaque minute est précieuse.

La médication la plus propice à calmer devait être injectée par voie intra-veineuse, de l'iodure de sodium à haute dose, et nous devions, toujours à la hâte, trouver une source d'oxygène que l'air ambiant ne pouvait fournir en installant une tente à oxygène à débit calculé.

Enfin, un sympatholytique et du sérum glucosé étaient rapidement donnés.

Le déploiement de cet ensemble de soins, où tout le personnel au complet était engagé à mettre en oeuvre toute cette thérapeutique, n'était pas, non plus, de nature à rassurer la malade.

J'ai dû passer auprès de cette patiente une bonne partie de la nuit, avant que son pouls ne commence à s'équilibrer, qu'il se ralentisse, et qu'elle soit enfin calmée.

Chez ces grands malades, l'hypotension suivie du coma est fatale, et il s'en est fallu de peu que ce soit le cas ici.

LA FIN D'UNE BONNE ANNÉE

J'ai rapporté ici quelques faits assez significatifs de cette Résidence à St-François d'Assise, mais je ne puis entrer dans des détails ou des faits quotidiens dont l'importance peut paraître insignifiante au lecteur.

Il me paraitraît faire montre d'ingratitude, de ne pas signaler la joie et l'enthousiasme progressifs que j'ai ressentis à travailler avec le docteur Paul A. Poliquin, qui commençait petit à petit à diriger le Service dont il deviendrait le chef en 1944.

Dans une salle d'opération, c'était un homme ordonné, possédant des techniques opératoires méthodiques, qui ont fait, en bonne partie, la base de mon entraînement.

Sa souplesse de caractère avec nous était sans limite, et ses conférences de nuit après une urgence, autour d'une cafetière qu'il vidait presqu'à lui seul, valaient sans l'ombre d'un doute les leçons les plus élaborées de la Faculté dont, à ce moment, l'hôpital ne faisait pas partie.

Tous les sujets médicaux y passaient, depuis l'équilibre liquidien dans l'organisme malade, jusqu'aux détails les plus raffinés d'une technique opératoire, comment prévenir les complications post-opératoires et comment les traiter. Souvent, il nous relatait ses expériences de séances chirurgicales faites en campagne, dans des lieux parfois éloignés. Son admiration pour ses propres patrons, les docteurs Paquet, nous apparaissait sans bornes à l'entendre rapporter les succès incroyables de ceux-ci dans des conditions primitives.

Souvent, il nous entretenait de sujets

d'archéologie québécoise, dont il était féru ou de l'histoire de l'Amérique Latine qu'il connaissait bien pour avoir lu les livres de Madariaga. L'histoire de Simon Bolivar le passionnait.

Nous l'écoutions pendant des heures parfois; il était meilleur conteur qu'il ne le soupçonnait, et savait nous charmer aux cours de nuits, dont j'ai gardé un souvenir impérissable.

Nous étions tous jeunes à ce moment, le temps passait rapidement sans fatigue et, maintes fois, il ne nous restait que quelques heures de repos avant de reprendre le boulot à la salle d'opération le lendemain.

J'en suis toujours à me demander où cet homme, que j'admire toujours, prenait la force physique de faire les journées les plus remplies, dont j'aie eu connaissance, et de ne jamais paraître fatigué ou irritable avec nous qui étions souvent plus encombrants qu'utiles.

Je me rappelle les anesthésies si reposantes de notre premier anesthésiste reconnu, le docteur Eugène Allard, détendu, compétent et sachant nous rassurer devant des cas parfois très compliqués.

Le premier semestre de 1936 m'avait littéralement fait intégrer au groupe chirurgical de St-François d'Assise et, c'est ainsi que maintenant, j'assistais toujours en premier les docteurs Paquet et Poliquin.

J'ai acquis pendant cette période l'amour de ma profession. J'ai tenté de conserver de ces maîtres, les plus grandes qualités qu'ils possédaient, les plus utiles à un chirurgien, la patience et le courage.

Si j'ai choisi St-François d'Assise pour y

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF
M. LA BRIQUET, PRÉSIDENT
HÔPITAL ST FRANÇOIS D'ASSISE
1935

revenir pratiquer comme chirurgien, c'est qu'en plus de la qualité du travail exécuté par les médecins que j'ai nommés, j'y avais trouvé un état d'esprit amical, que je n'avais connu nulle part ailleurs auparavant, une ambiance de camaraderie entre les médecins de toutes les disciplines, autant qu'avec le personnel para-médical.

Ce petit hôpital avait plusieurs qualités, celle-ci n'était pas la moins grande.

Et, graduellement, la fin de l'année approchait. J'avais déjà opté pour développer mes aptitudes en chirurgie générale.

Cette bonne année allait être enrichie de l'événement le plus important de ma vie, mon mariage avec celle que j'aimais depuis plusieurs années, et qui a toujours été, depuis, à mes côtés, m'aidant sans cesse de ses conseils à travers les difficultés de ma carrière, et sachant fournir la dose de joie quotidienne qui permet de vivre heureux malgré les écueils inévitables d'une vie longue et laborieuse.

Cette année était marquée d'une pierre blanche.

UNE ANNÉE DE SCIENCES DE BASE AUX ÉTATS-UNIS

Au cours d'une conversation que nous avions eue le docteur Achille et moi, au printemps 1936, il s'était ouvert autant qu'un patron peut le faire avec un assistant, et il m'avait dit sans ambages: "Nous sommes satisfaits de ton travail ici et nous serions heureux de te prendre dans le service de chirurgie à St-François d'Assise si cela te convient".

Il faut dire que déjà, depuis plusieurs mois, j'avais songé à une telle éventualité; je me plaisais dans le milieu et j'avais même espoir qu'un jour ou l'autre, l'un des patrons aborde ce sujet avec moi.

Je répondis sans détour: "Je suis des plus intéressé à ce que vous me proposez, mais je me demande si, comme je l'espère, je pourrai faire un séjour prolongé en Europe, car je voudrais aller dans deux ou trois centres réputés qui me paraissent les plus indiqués".

Sa réponse me déçut profondément par sa franchise.

Voici ce qu'il me suggérait. Il dit: "Tu as certainement remarqué le travail considérable que nous avons ici et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, sans compter St-Luc, qui prend pas mal de notre temps. Nous avons donc besoin dans des délais aussi brefs que possible d'un assistant qui puisse nous aider et surveiller nos malades, pour devenir petit à petit lui-même un chirurgien capable d'une intervention, quelle que soit son importance.

En conséquence, je te propose ceci. Au lieu d'aller en Europe, nous serions satisfaits que tu

t'inscrives dans une école américaine de chirurgie, où on enseigne surtout les sciences de base, et que tu nous reviennes avec la compétence nécessaire aux soins pré et post-opératoires de nos patients".

Cela changeait sensiblement mes projets. Il s'aperçut de ma déception et ajouta: "Je puis t'assurer d'une chose, c'est que quand tu reviendras, nous verrons nous, à te fournir les éléments nécessaires à un chirurgien compétent".

"Tu suivras la méthode du préceptorat avec nous, et le moment viendra où tu seras en état de prendre charge des malades et également du service".

Et il continua: "Je serais fort heureux que nous choisissions un centre où non seulement tu recevrais de l'enseignement en chirurgie générale, mais aussi en urologie de sorte que tu pourrais procéder au diagnostic urologique dans notre milieu ici, mais de plus à l'Enfant-Jésus, où le docteur Fischer étant seul, suffit à peine à la tâche. Ceci veut dire qu'éventuellement, tu pourras développer cette spécialité de la chirurgie à un point où, si cela t'intéresse vraiment, tu pourras devenir l'urologue de ces deux centres".

A ce moment, nous étions dans la période qui a précédé immédiatement l'installation des cours bien organisés en chirurgie aux EtatsUnis. Auparavant, on faisait un choix aussi judicieux que possible du centre chirurgical qu'on croyait le mieux indiqué au but recherché.

On me demanda donc de partir pour un an, et le New-York Polyclinic Medical School and Hospital me fut suggéré.

On m'y acceptait pour un cours de chirurgie générale et un cours d'urologie.

Nous avons passé dans cette métropole, une année où j'ai tenté d'absorber le plus possible des leçons en chirurgie, des explications détaillées des techniques opératoires et, en plus, de m'initier à l'urologie auprès de maîtres réputés dans cette spécialité.

Le Polyclinic faisait partie d'un ensemble universitaire qui groupait plusieurs hôpitaux dont, surtout, l'énorme centre de Bellevue, et nous avions l'opportunité de suivre des cours aux deux endroits, selon la cédule opératoire.

C'est ainsi que j'ai pu voir opérer des grands maîtres comme Erdman, Sinclair en urologie, de même que Jos Mc Carthy, Weiss en gastro-entérologie, et Coryllos en chirurgie thoracique.

Nous avions, en alternance, des séances opératoires le matin et des cours théoriques, des tournées des unités de soins en après-midi, ou encore des leçons magistrales données au Bellevue au New-York Hospital et à l'Académie de Médecine. Le soir, trois fois par semaine, des leçons de technique opératoire sur le cadavre.

C'était déjà un horaire chargé. Il me fallait, de plus, suivre les cours d'urologie théoriques ou pratiques, ceux-ci étant surtout orientés vers l'interprétation des films, les techniques d'endoscopie et de cathétérisme des uretères, les urographies par voie rétrograde, aussi bien que les manipulations de calculs urétéraux.

Deux ans auparavant, Braash à Mayo, Mc Carthy à New-York, avaient inventé chacun un résectoscope qui servait, comme le nom l'indique, à la résection de la prostate par voie endo-urétrale et c'est là que j'ai appris les premières notions de ce qui deviendrait plus tard, pour moi, une partie importante de ma pratique.

J'ai fait de bons amis à New-York, que j'ai été incapable de voir pendant plusieurs années à cause de la deuxième guerre mondiale.

Plus tard, en 1946, je n'ai plus retrouvé l'ambiance des années 36-37. Comme chez nous, la guerre avait changé les gens et les choses.

A l'occasion de congrès importants comme ceux de l'American College of Surgeons, dont les réunions annuelles regroupent des milliers de médecins du monde entier, j'ai plusieurs fois rencontré avec joie ces maîtres qui m'avaient enseigné dans la métropole.

Cette ville énorme, impersonnelle, froide tant sur le plan humain que physique, devint très vite pour nous, ma femme et moi, un sujet d'émerveillement. Nous avons visité, à pied le plus souvent, les quartiers les plus attrayants, les parcs, les musées, et aussi assisté à des concerts, de l'opéra, du théâtre et surtout, plus à la portée de nos moyens, assisté au programme merveilleux de Radio City Music Hall, l'immense et magnifique théâtre du centre Rockefeller, ouvert depuis moins d'un an, et qui était à l'époque une des attractions à New-York.

Quant au lèche-vitrine, c'était pour nous un régal pour les yeux d'arpenter la Fifth Avenue, d'admirer les vitrines de Saks Fifth Avenue, Bergdorf Goodman, Altman, celles des bijoutiers internationaux comme Cartier, Van Cleef and Arpels, de s'égarer littéralement dans Madison Avenue, les rues transversales comme la 57ème Rue.

Encore aujourd'hui, je n'ai qu'à me fermer les yeux pour revoir dans la vitrine de Van Cleef and Arpels, la tiare de l'Impératrice Joséphine, et des diamants, des joyaux de familles royales maintenant disparues.

Tout cela nous fascinait et faisait la joie de nos après-midi le dimanche, après la messe à St-Patrick's, riche cathédrale de l'archi-diocèse catholique de New-York.

Nous avions, peu de temps après notre arrivée, fait l'achat d'un petit poste de radio dont les programmes musicaux berçaient nos heures de loisirs dans l'appartement exigü que nous habitions au centre même de Manhattan.

En arrivant de l'hôpital, un soir, j'entendais déjà depuis l'antichambre, les accents gutturaux d'un speaker qui hurlait littéralement le discours qu'il faisait dans une langue étrangère.

Ma femme me dit: "Écoute donc cet énergumène qui crie en allemand des choses que je ne comprends pas, mais on nous a dit que c'était retransmis d'Europe".

Nous attendîmes la fin du discours pour savoir qui s'exprimait ainsi, avec tant de force, et qui semblait stimuler une foule dont l'enthousiasme se manifestait par une immense clameur chaque fois que l'orateur s'interrompait.

C'est ainsi que nous entendîmes pour la première fois un discours d'Adolph Hitler.

Nous étions loin d'imaginer la place que ce personnage prendrait dans l'histoire, et les changements mondiaux que sa mégalomanie apporterait.

Nous étions trop jeunes, trop confiants dans la vie, trop intéressés à un avenir qui nous apparaissait si prometteur, pour être dérangés par une idéologie qui s'étalait si loin de nous.

D'ailleurs, qui s'inquiétait?

Le New Deal de Roosevelt était en pleine évolution. La radio nous faisait entendre, à longueur de journée, des slogans comme: "Prosperity is around the corner", cherchant à rassurer un public fatigué de la crise.

Hitler? C'est à peine si les nouvelles si inquiétantes de William Shirer, le correspondant lucide de CBS à Berlin, étaient écoutées. L'Amérique se sentait rassurée par les déclarations isolationnistes du Colonel Lindbergh.

Il faudrait, un jour prochain, prendre contact avec la réalité.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET L'INDIGENCE

Un jour, avant mon départ pour les Etats-Unis, le docteur Achille, tout en parlant de choses et d'autres, dans le vestiaire, entre deux interventions avait dit: "A quel pourcentage penses-tu pouvoir évaluer les cas d'Assistance Publique dans nos milieux?"

J'étais resté interloqué, n'ayant jamais pris le temps de considérer cet état de choses qui, pourtant, était un mal chronique à l'époque.

Ce pourcentage vérifié, s'établissait à 75 ou 80% selon la saison. (L'Union Médicale du Canada, Tome 64 - No 6 - Juin 1935).

Quoique surpris, je ne m'étais pas arrêté à songer au côté pécuniaire de l'affaire et, pourtant, il eût été facile de faire le point.

Nous étions, de par nos traditions et notre mentalité, habitués à accepter des salaires inférieurs à ceux d'autres groupes ethniques. De plus, nous étions également habitués à faire des sacrifices, à supporter sans rechigner des privations, parfois assez exigeantes.

Nous trouvions tous que la rémunération d'un Résident était ridicule. Elle variait selon les villes où on étudiait, les hôpitaux où notre application avait été acceptée. De mauvais gré, nous consentions à nous plier à ce pis aller, pour continuer nos études.

Ainsi, à St-Luc à Montréal, en 1934, le "salaire" d'un Résident 1 était de $15.00 par mois. Celui de l'hôpital Général d'Ottawa, de $30.00 et, quand j'ai accepté de commencer ma Résidence 11 à St-François d'Assise, l'entente avait été conclue

moyennant une indemnité de $50.00 par mois.

Ajoutons que le syndicalisme, par l'entremise des Syndicats Catholiques, avait touché certaines industries, sans faire prendre conscience de sa force au milieu hospitalier.

Il est facile d'en déduire que les questions monétaires n'étaient pas une priorité dans nos préoccupations, et c'est compréhensible que des discussions sur l'Assistance Publique nous aient laissés assez indifférents.

Le coût de la vie était évidemment très bas, et l'habitude était acquise de se serrer la ceinture le cas échéant.

A ce point que les politiciens en avaient abusé et que depuis de nombreuses années, même avant la crise économique de 1929, le gouvernement libéral de la province de Québec en 1921 avait fait voter la loi de l'Assistance Publique selon laquelle les indigents n'auraient rien à payer dans les hôpitaux, le tiers du coût per diem étant payé par la province, un autre tiers par la municipalité d'où originait le patient, et le dernier tiers étant défrayé par l'institution dans laquelle le patient était hospitalisé.

On payait par malade indigent $2.00 par jour.

Ainsi, on relève qu'en 1931, pour un cas d'obstétrique à l'Assistance Publique, l'hôpital recevait $2.00 par jour.

En 1933, le législateur, se basant sur le fait qu'un accouchement n'était pas une maladie, avait réduit l'indemnité à $0.34 par jour, tous frais compris. (L'Union Médicale du Canada. Tome 65 - No 3 - Mars 1936) Cela comprenait le logement, le lit, les trois repas, les soins infirmiers et les

médicaments.

Quant aux frais médicaux, le Premier Ministre Taschereau, homme habile, astucieux, rusé, qui avait plusieurs médecins dans son cabinet et sa députation, leur avait fait accepter qu'on oublie tout simplement le docteur. C'était devenu un fait accompli. Pas un sou n'était versé en retour des services rendus, ni par le Gouvernement, ni par le prétendu indigent.

Je cite ici un paragraphe publié dans l'Union Médicale du Canada, Tome 64 - No 6 - Juin 1935, rapporté par le docteur Albert Lesage, et qui se lit ainsi: "Les médecins de notre province n'ont jamais reçu quoi que ce soit pour les cliniques ou pour les soins donnés aux pauvres hospitalisés. Lorsque la loi de l'Assistance Publique a été faite, on a calculé la nourriture d'un patient, le coût d'administration de l'hôpital et le salaire des employés, tout sauf une indemnité aux médecins. Et ceux-ci paient, comme tous les autres citoyens, des taxes pour soutenir une loi qui leur enlève de la clientèle."

J'ai dit "prétendu indigent", car la nature humaine tente toujours d'abuser, sous la couverture d'une loi, et celle-ci était loin d'être la meilleure et la plus étanche.

On voyait des gens à l'aise venir de paroisses éloignées, se présenter avec une formule dûment remplie et signée par le secrétaire de la municipalité, attestant leur état d'indigence et à compter de là, le cas était accueilli comme tel.

Je me permets de citer un autre paragraphe de l'Union Médicale du Canada, volume 38 - No 6 - 1er juin 1909, et signé du nom du docteur Z. Rhéaume: "Tous les indigents sont admis dans nos hôpitaux, qu'ils soient de Montréal, qu'ils viennent de l'endroit le plus reculé de la Province

de Québec ou des Provinces étrangères. Et quel contrôle s'exerce-t-il pour leur admission? Aucun ! - N'importe quel individu aujourd'hui peut obtenir un certificat d'indigence, soit du maire, soit du curé, soit du médecin de sa localité. C'est ce qui explique la présence, dans nos hôpitaux, d'un nombre considérable de faux indigents qui exploitent l'hôpital d'abord, le médecin ensuite, puis le vrai indigent qui, souvent, ne peut trouver son lit à cause de l'encombrement."

Que d'abus se sont perpétrés dans cette période d'une vingtaine d'années, sous les yeux paternels d'un gouvernement qui fermait l'oreille aux récriminations répétées des médecins. Des organismes aussi représentatifs que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, l'Association des Médecins de langue française, l'Association des bureaux médicaux des Hôpitaux de la Province de Québec, et encore d'autres organismes étaient proprement ignorés. Les quelques milliers de votes que nous représentions ne faisaient pas le poids, et nos demandes s'arrêtaient à l'accusé de réception.

Nous nous disions, avec raison, que la municipalité se faisait rembourser sa part par le citoyen qui sauvait ainsi la forte somme. Aucun médecin à payer, et un Gouvernement qui ferme les yeux. Quoi de mieux !

J'en déduis que dans un tel système, il y avait deux anomalies: la première, c'est que la conscience chez l'être humain est, de loin, ce qui est le plus élastique et, deuxièmement, que le diplômé en médecine était également, de loin, le plus naïf des professionnels.

Je n'ai pas changé d'idée.

Comment concilier maintenant un tel état de chose avec la nécessité de tenir un cabinet

de consultation, d'y avoir au moins une secrétaire, d'avoir un véhicule pour les déplacements et de nourrir sa famille trois repas par jour.

De là, d'une part, la ségrégation ou la discrimination envers de nouveaux arrivants dans les services hospitaliers. Ils prenaient éventuellement leur part des 20 à 30% des patients payants qui, malgré tout, ne faisaient souvent qu'une remise partielle d'un compte ridicule par rapport au tarif d'aujourd'hui; d'autre part, il y avait le besoin de survie du nouvel arrivant.

Tous ou presque, les patrons comme les autres, recevaient à leur cabinet et traitaient indifféremment tous les cas qui s'y présentaient, de l'éruption cutanée jusqu'aux lésions les plus importantes en médecine ou en chirurgie.

La plupart faisaient de l'obstétrique régulièrement et, dans chaque Hôpital, tous les chirurgiens opéraient des cas de gynécologie, d'orthopédie, d'urologie, d'obstétrique compliquée (nombreuses étaient les césariennes faites par des chirurgiens généraux).

Pendant mon cours de médecine, dans les hôpitaux universitaires, j'avais vu les grands patrons faire des néphrectomies, des prostatectomies, des amputations et, va sans dire, beaucoup de gynécologie.

On était vraiment un chirurgien général à cette époque.

Et puisqu'on parle d'époque, c'était celle de la crise économique mondiale, et chaque nouveau médecin dans une paroisse où il y en avait déjà un, ou dans un quartier urbain, était vu comme un compétiteur avant d'être accepté comme un collègue.

J'avais, après mon retour de New-York, établi ma résidence et mon cabinet près de l'hôpital St-François d'Assise, et je commençai ma pratique dans le quartier Limoilou dans la paroisse de St-Charles. Les quelques premières années nous demandèrent, à mon épouse et à moi beaucoup de persévérance et, aussi, faut-il le dire, beaucoup de présomption.

Les paroles prononcées par mes patrons pendant ma résidence, promettant une aide progressive, sous-entendaient que mon entraînement avec eux comme précepteurs, serait aussi complet qu'ils pourraient, et qu'ils me transmettraient leur science, sinon leur habileté, (celle-là est innée, ne se transmet pas) et c'est ainsi que je l'avais compris.

Cela signifiait que le principe suivant prévaudrait: je devais graduellement bâtir ma clientèle chirurgicale à mesure que mon entraînement continuait et, pendant un certain temps, pour vivre, il fallait m'astreindre à la pratique générale qui, malgré tout, même en rapportant peu, suffisait à payer un loyer modique et à rencontrer les paiements des fournisseurs.

D'automobile, pas question ! Il fallait des garanties pour acheter une voiture. Ce n'est que 8 mois après le début, que je pus considérer pouvoir me permettre cette dette difficile à supporter.

Sans tourner au tragique, il faut, je crois, mentionner que cette même année où j'ai commencé à Québec, trois confrères, tous très brillants, ne purent attirer à leur cabinet un nombre suffisant de clients pour défrayer même les dépenses les plus vitales, et qu'ils durent se tourner vers d'autres milieux plus prometteurs.

Le plus brillant, mon confrère et ami

Jean Bouchard, fut attiré par un poste d'assistant en radiologie à l'Hôtel-Dieu de Québec. Ce qui, malgré un salaire incroyablement bas, lui ouvrit la porte d'une carrière merveilleuse en radiothérapie. Le milieu anglais reconnut rapidement sa valeur et il fut incorporé au service de radiothérapie du Royal Victoria dont il devint le chef au départ de son patron, le docteur Pierce.

Pour ceux qui n'ont pas vécu cette époque, il est difficile d'imaginer les prodiges de renoncement auxquels il fallait recourir pour faire sa place au soleil dans ce petit univers qu'était un quartier pauvre, et un petit hôpital ouvert, mais limité dans son développement par des problèmes qu'un budget toujours insuffisant ne permettait pas de résoudre.

Je m'étais inscrit dès mon arrivée à la Société Médicale des quartiers St-Roch et Limoilou dont les praticiens se réunissaient une fois par mois. Il y avait une autre société plus ancienne, celle du faubourg St-Jean-Baptiste, qui regroupait les médecins de la Haute-Ville.

Ces deux sociétés ont tenu séparément des réunions hautes en couleurs, par leur franc parler autant que par l'intérêt des cas de pratique médicale rapportés par les membres.

Chaque réunion se terminait par un goûter préparé par l'épouse de chacun.

J'ai passé là de bonnes heures de franche camaraderie avec des confrères dont l'humour et la joie de vivre ne cédaient en rien à leurs connaissances médicales.

Les deux sociétés ont cessé leurs activités il y a une vingtaine d'années, pour regrouper tout le monde sous le vocable "Société Médicale de Québec".

C'est au cours de la première réunion chez le docteur J.E. Dorion, sur la rue St-François, que je rencontrai d'abord mes confrères en pratique et, aussi, que je pris connaissance avec stupeur d'une situation incroyable, si on ne l'a vécue.

Répétons que c'était la crise et que si 70 à 80% des patients ne payaient pas dans les hôpitaux, ce n'était guère différent en clientèle privée, de sorte que tous les collègues avaient, à tour de rôle, été appelés à domicile pour soigner toutes sortes de maladies, pour faire des accouchements, assister un mourant, que sais-je encore !

Un bon nombre de ces clients qui ne payaient jamais, avaient ainsi fait le tour des médecins de plusieurs quartiers.

Chaque médecin avait ainsi fait beaucoup de travail non rémunéré et, à la longue, au cours de rencontres précédentes où ce problème s'était discuté, on avait pris la résolution de faire le point.

A ma première rencontre avec eux, c'était cette mise au point que l'on faisait, à la demande générale. Et, après la lecture d'un procès-verbal en bonne et due forme, j'entendis le secrétaire demander à tous de sortir la liste des "mauvais cas" dont on commençait à énumérer les noms.

A chaque nom et adresse donnés, j'entendais la voix de plusieurs confrères annoncer fortement "je l'ai, je l'ai", et la même chose continuait pour le nom suivant.

Il fallut qu'on m'explique la nature des "mauvais cas"; les comptes non honorés, les visites de nuit, les accouchements, tout et tout.

A mesure que je comprenais de quoi il

s'agissait, j'avais un fou rire qui devint communicatif, et la réunion se termina sur une note gaie.

Tout le monde se gaussait du voisin qui, pour un accouchement en pleine nuit, qui, pour de multiples visites, etc.

C'était l'hilarité générale.

Donc, en 1937, ce n'était pas le Pérou la pratique médicale.

LE DOCTEUR LOUIS EMILE LÉVESQUE

Entre 1937 et 1940, les choses s'étaient déroulées d'une façon relativement satisfaisante; j'étais établi à Limoilou pour y rester, et à St-François d'Assise pour y devenir chirurgien.

Mes patrons m'avaient aidé et entraîné de leur mieux, et je travaillais plus fréquemment qu'au début avec le docteur Poliquin qui était surchargé de travail et ne demandait pas mieux que d'opérer avec un assistant de plus en plus efficace. Nous avions déjà abordé le sujet qui m'apparaissait capital, soit le moment où je pourrais moi-même prendre la responsabilité d'une opération chirurgicale, et j'avais obtenu pour réponse que le temps n'était pas encore venu, que je ne perdais rien pour attendre.

Il fallait continuer à travailler comme je le faisais depuis deux ans.

Sauf qu'une lueur d'espoir commençait à se montrer de plus en plus prometteuse.

Cette lueur, c'était l'urologie.

Comme je l'ai déjà mentionné, j'avais suivi les cours nécessaires à faire toutes les manoeuvres diagnostiques en urologie et, de plus, j'avais regardé des maîtres comme Sinclair, faire des résections trans-urétrales de la prostate avec succès. Cette technique nouvelle allait devenir de plus en plus populaire aux Etats-Unis d'abord, au Canada ensuite, et j'étais bien déterminé à faire le nécessaire pour maîtriser la méthode.

Auparavant, il m'avait fallu démontrer mon habileté en diagnostic et, maintenant, c'était un fait accompli.

Au début de 1940, j'étais allé passer plusieurs semaines avec le professeur Oscar Mercier à l'Hôtel-Dieu de Montréal, urologue fameux, très habile à manier le résectoscope, et c'est lui qui était parvenu à me faire faire mes premiers cas de prostatectomie endo-urétrale.

C'est une méthode difficile, mais une fois qu'on est parvenu à saisir la technique, on arrive à obtenir des résultats adéquats et à écourter le séjour hospitalier qui, pour une opération faite par voie trans-vésicale, était toujours prolongé à ce moment.

J'avais réussi à convaincre mes patrons des avantages, dans notre milieu, d'une telle opération. Ce qui fut plus difficile, ce fut de convaincre l'administration à consentir aux dépenses nécessaires à l'achat de l'instrumentation qui comprenait un transformateur électrique pouvant fournir deux sortes de courant, le courant coupant, le courant coagulant. Ce courant était transmis avec une intensité variable selon le cas, à l'électrode du résectoscope, au moyen d'un pédalier mobile près de la table d'opération.

En somme, c'était un système simple extrêmement utile chez les malades qui, pour toutes sortes de raisons, ne peuvent supporter une intervention longue et pénible.

L'important, c'était de démarrer.

En 1940, dans mon milieu, j'étais le seul à connaître ce genre d'intervention.

Nous avons dû, la directrice des salles d'opération, l'anesthésiste et un infirmier intelligent et d'un dévouement sans borne, Monsieur Lacasse, installer nous-mêmes, en bricolant de part et d'autre dans l'arsenal de l'hôpital, une table qui puisse s'adapter à la position du malade, et un

système d'irrigation continue qu'on pouvait stériliser minutieusement à chaque fois.

L'appui du docteur Achille Paquet et de la directrice des salles d'opération qui travaillait en étroite collaboration avec moi, et qui était la seule à avoir étudié les détails de la technique, m'aida beaucoup à obtenir une décision favorable.

J'avais le feu vert.

Il fallait encore attendre l'arrivée des instruments fabriqués aux Etats-Unis. Il n'y avait qu'un concessionnaire à Montréal.

Il ne réussissait à obtenir que très parcimonieusement cette instrumentation. L'effort de guerre des deux pays, les Etats-Unis et le Canada, avait forcément fait ralentir la fabrication de tout ce qui n'était pas jugé essentiel à la poursuite du conflit.

Pendant cette période d'attente, nous nous préparions, mon ami l'anesthésiste Lévesque et moi, par la lecture de tous les articles concernant ce sujet, et nous tâchions de tout mettre en oeuvre pour être prêts pour un premier cas.

Le docteur Louis Emile Lévesque, issu d'un beau village de Kamouraska, était très certainement un être à part.

Grand, très mince, le teint plutôt pâle, les yeux noirs, il était, sauf avec ses amis, un type fermé, introverti, ne manifestant aucun désir de communiquer avec un entourage qu'il ne connaissait pas et qu'il s'efforçait d'ignorer totalement.

C'est ainsi qu'il pouvait rester des heures sans parler, répondant par monosyllabes aux quelques questions que l'interlocuteur, vite déçu, laissait tomber.

Pour ses amis, il était d'un dévouement sans limite, et sa conversation prenait alors un intérêt manifeste et soutenu. Avec eux, il pouvait causer des sujets les plus variés, allant de la médecine à la littérature en général, (il connaissait bien tous les classiques et lisait la plupart des auteurs modernes réputés). Il admirait Malraux, Camus, Duhamel, Roger Martin du Gard, auteurs qu'il dévorait pendant ses longues nuits d'insomnie.

Sans être lui-même musicien, il adorait la musique, et je me rappelle encore de l'émerveillement dont il nous avait fait part après avoir vu le film de Walt Disney "Fantasia", dessiné sur la musique de Tchaikovski.

C'était un ami de tous les arts, sculpture, peinture, poésie, etc.

Étrange dans son comportement, habitué à vivre seul, il avait développé autour de sa personne une carapace qui l'isolait littéralement des gens qu'il ne connaissait ou qu'il n'aimait pas.

Habillé d'un costume foncé, coiffé la plupart du temps d'un chapeau melon d'un âge incertain, tant il avait de reflets verdâtres, il aurait pu passer pour le type classique du Salavin de Georges Duhamel, dont le complexe d'insécurité en avait fait un être bizarre.

Contrairement à ce dernier, cependant, il était doué d'une intelligence vive, dont il faisait étalage en milieu ami, au cours de conversations entrecoupées souvent de rires sonores.

Comme la plupart des introvertis, pourvu qu'il soit avec les siens, il laissait libre cours à son esprit pétillant et facilement gouailleur.

A ce moment, il devenait le causeur détendu avec lequel une heure ou une soirée

entière paraissait courte, tant sa conversation d'érudit savait nous charmer.

Que d'heures agréables nous avons passées ensemble ! Comme devenait grande, à ces rares moments, sa compréhension de l'homme et de son entourage.

Il pouvait disserter avec la même facilité sur la vie de Napoléon Bonaparte, qu'il admirait et dont il avait lu maintes biographies, que sur un sujet médical qu'il avait approfondi. Il faut dire que tout ce qui touchait à la médecine interne le passionnait.

Il était arrivé à St-François d'Assise par le biais d'un séjour comme assistant, dans le bureau du docteur Emile Fortier. Ce dernier, à la tête d'une clientèle étouffante, avait pris l'habitude de s'adjoindre un jeune médecin comme assistant et, c'est ainsi que le docteur Lévesque, après avoir été recommandé par des autorités compétentes, avait travaillé avec notre patron en médecine interne, jusqu'à ce que l'état de guerre fasse que les postes d'internat et de résidence dans les hôpitaux deviennent libres, la plupart des jeunes médecins ayant été appelés sous les drapeaux.

Le docteur Lévesque, dont l'état de santé n'était pas parfait, était resté disponible et, à la demande du docteur Fortier, toujours enclin à porter aide à notre institution, il avait accepté de faire une résidence rotatoire à St-François d'Assise pour combler des postes vides.

Disons seulement que ces années de guerre furent pénibles pour tous, mais que les hôpitaux surtout, furent terriblement dépourvus de main-d'oeuvre, particulièrement en ce qui regarde les internes et résidents, dont l'absence se faisait cruellement sentir.

C'est avec joie que nous avions vu arriver ce jeune médecin compétent et dévoué, qui se donna tout de suite à corps perdu au soin des malades.

Sa présence fort appréciée nous était particulièrement utile au début et, petit à petit, les gens et les choses ayant une tendance naturelle à s'accommoder de toutes les situations, le docteur Lévesque se sentant moins accaparé, s'était intéressé de plus en plus au domaine de l'anesthésie dont il était en charge en 1940.

Graduellement, sous l'habile direction du docteur Allard, déjà débordé de travail à l'Enfant-Jésus, il s'était entraîné aux multiples facettes de cette spécialité. Il avait appris à manier les anesthésiques intra-veineux, à administrer les gaz, l'oxygène, à donner des transfusions, à surveiller les soins post-opératoires des patients, jusqu'à ce qu'on en vienne à le considérer indispensable dans une salle d'opération.

Nous avions donc ensemble mis au point sur papier, le protocole d'une résection trans-urétrale de la prostate.

Nous étions fin prêts quand, au cours du mois d'août, nous reçûmes les instruments attendus avec impatience depuis longtemps.

Au début de septembre, le patient idéal pour une telle opération se présenta et, le 7 septembre 1940, nous procédions avec succès à la première résection trans-urétrale dans notre milieu.

Je venais de commencer une carrière qui, sans que je m'en doute, allait m'ouvrir bon nombre de secrets de l'urologie.

En l'espace de quelques mois, on vit se développer des soins urologiques comme St-François

d'Assise n'en avait jamais connus auparavant. Le nombre des prostatiques traités par résection trans-urétrale devint considérable, d'autant plus que je couvrais maintenant l'Enfant-Jésus qui s'était lui aussi équipé de tout l'armamentarium nécessaire.

Mais ceci est une autre histoire.

Restons-en à St-François d'Assise où le fait de traiter des prostatiques devait ouvrir des possibilités à une chirurgie urologique beaucoup plus complète.

Nous avons, le docteur Lévesque et moi, ouvert une porte qui nous offrait l'opportunité de traiter chirurgicalement les lésions du rein, des uretères, de la vessie.

La collaboration de l'anesthésiste devenait des plus précieuse dans les cas d'hémorragie grave, traumatique ou post-opératoire, car il avait en main une liste de donneurs de sang dont le groupe sanguin était connu, et qu'on pouvait rejoindre jour et nuit et transfuser ainsi des patients exsangues qui sans cela, seraient tombés en état de shock par hypovolhémie, suivi d'une mort certaine.

C'est nécessairement avec une hâte fébrile que nous nous mettions à la recherche d'un ou de plusieurs donneurs qui, eux-mêmes, rappliquaient en vitesse à l'hôpital où la cueillette de sang était faite immédiatement, et les transfusions administrées parfois sous pression.

Nous avions ainsi établi entre nous, les docteurs Poliquin, Lévesque et moi, un système qui, aujourd'hui, nous paraît bien périmé, maintenant que nous avons des banques de sang bien fournies, mais qui, à l'époque, fonctionnait avec une rapidité surprenante et nous permettait de sauver ainsi la vie de nombreux malades.

Malheureusement, il y en a quelques-uns chez qui l'importance des hémorragies ne nous permettait ni d'arriver à temps, ni de fournir dans un délai si limité le nombre d'unités de sang qu'il aurait fallu.

C'est le lot de toute nouvelle méthode, d'avoir des complications, des échecs aussi, qu'on en vient à prévenir ou à circonvenir à mesure que l'expérience s'affirme.

Notre enthousiasme restait très grand malgré quelques échecs et, c'est ainsi qu'en moins de 5 ans, nous avions déjà une liste de plusieurs centaines d'opérés, avec un taux de mortalité et de morbidité très bas comparé à celui des méthodes employées auparavant.

Toute cette activité nous avait fait connaître, et les cas d'urologie de toutes sortes venaient maintenant à nos bureaux respectifs.

Parmi les cas ordinaires assez nombreux pour occuper la majeure partie de notre temps, se glissaient, assez souvent, des entités plus intéressantes, plus graves aussi, des tumeurs du rein, de la vessie, la tuberculose rénale, qui donnait des hémorragies, ou qui avait détruit progressivement le rein, et qu'on traîtait par la néphrectomie.

De temps à autre, on voyait des cas plus rares, plus difficiles aussi, tel ce rein en fer à cheval, qui fut le premier à être opéré à St-François d'Assise en 1945.

Cette patiente qui vit encore, avait développé une obstruction des voies excrétrices droites, et une énorme pyonéphrose avait complètement détruit cette portion du rein anormal.

Nous n'avions jamais eu l'occasion de

voir un cas semblable auparavant, et c'avait été une entreprise où l'anesthésiste Lévesque avait eu une part importante à jouer pendant l'opération et les suites opératoires.

Nous avions donc une collaboration des plus étroite et, c'est en partie grâce à lui, que ma position à l'hôpital avait pris une certaine importance.

Depuis 1944, alors qu'un bon jour, sans prévenir, le docteur Poliquin avait dit: "Vous opérerez cette malade demain", j'avais partagé de plus en plus de responsabilités dans le Service.

J'avais, il va sans dire, eu de plus en plus de malades à opérer et, maintenant, mes journées étaient consacrées à faire de la chirurgie tant générale qu'urologique. Mon patron avait ajouté à sa confiance en moi en me laissant le soin de prendre à ma charge les cas d'urgence qu'il faisait lui-même auparavant.

J'étais donc heureux et plein de vie.

Les nuages, cependant, s'amoncelaient autour de nous sous la forme d'un état de fatigue permanent et d'une toux progressive qui affectait mon ami Lévesque, et qui était en progression.

Malgré tout, il travailla d'arrache-pied, seul en anesthésie jusqu'en 1947, alors que son état de santé le força à prendre du repos.

Et en septembre 1947, il dut s'aliter, espérant revenir au travail après quelques semaines de repos.

Hélas, sa maladie ne fit qu'empirer.

Il nous quitta le 19 mars 1948, jeune, amant de la beauté sous toutes ses formes, ayant

complètement vidé de toute son énergie, ce corps qu'il avait usé au travail et au service des autres.

Ce fut pour moi une perte qui faisait mal car, malgré ses défauts, ses grandes qualités en avaient fait un ami irremplaçable dont le souvenir, encore frais dans ma mémoire, m'a suivi jusqu'à ce jour.

LA MORT D'UN SAINT

Nous étions arrivés à Limoilou, sans enthousiasme, mais avec l'espoir d'y faire notre nid et d'y gagner notre vie.

La paroisse St-Charles était absolument terne, construite de maisons à prix modique, qui se ressemblaient toutes plus ou moins par une caractéristique commune. Elles avaient trois étages. On entre au rez-de-chaussée par un palier qu'on atteint en trois marches. On accède au deuxième étage par un escalier de fer, extérieur, affreux à voir, plus ou moins en tire-bouchon selon l'exiguïté du terrain. Il y a ensuite un escalier intérieur qui monte jusqu'au troisième étage.

Presque toutes les maisons bordant les rues et les avenues ont été construites de cette façon. L'ensemble n'a rien de réjouissant pour l'oeil.

Il faut dire, cependant, que l'intérieur de ces maisons, sans être luxueux, a le confort des logements modernes, et que la plupart ont le chauffage central.

Quelques maisons uniques, privées, ici et là, brisent le cachet déprimant des autres constructions.

Cela explique le peu d'entrain que nous mettions à prendre possession de notre appartement.

Ce dernier, très petit, situé sur la 4ème Avenue, avait naturellement son escalier extérieur.

Malgré tout, nous arrivions confiants que dans ce quartier, cette paroisse, nous pourrions

nous établir pour y rester.

Il fallait gagner l'argent nécessaire à se loger, à se nourrir, malgré les pauvres moyens que les gens avaient de nous rémunérer, toujours en raison de la crise économique, et compter sur la providence.

C'est ainsi que nous avions élu domicile et ouvert un cabinet de consultation dans le même appartement, le 18 mai 1937.

La porte grande ouverte aux clients éventuels; la bourse grande ouverte aux paiements qu'on serait en mesure de donner.

Hélas ! L'une et l'autre restaient ouvertes des journées entières inutilement.

Quand nous entendions des pas dans l'escalier, nos coeurs à tous deux battaient plus vite, en attendant de savoir si c'était un client ou un fournisseur.

Nous avions fait un peu de publicité dans nos familles, chez nos amis, et une bonne idée nous avait conduits auprès des Pères Capucins, desservants de la paroisse.

Quoique accueilli un peu froidement au premier abord par un curé très intelligent, éloquent par surcroît, mais qui semblait craindre la compétition pour un de ses amis médecin, cela n'avait pas été long pour que les vicaires et les pères du monastère viennent frapper à ma porte pour une consultation qui se terminait invariablement par une invitation à dire quelques mots à mon épouse. Celle-ci savait leur plaire par sa jeunesse, sa gaieté, autant que par son respect de l'homme sacré, sentiment qui les mettait bien à l'aise.

Cette atmosphère jeune, gaie, qui prévalait chez nous, les faisait revenir fréquemment pour causer, écouter de la belle musique, parler de choses d'intérêt commun.

L'un d'eux, américain de naissance, aimait converser avec nous de l'année que nous avions passée à New-York. D'autres, entrés jeunes au noviciat, semblaient retrouver à notre contact une atmosphère familiale bien différente de celle du monastère.

A ce moment, la loi monastique était sévère, observée par tous avec une conviction qui s'accommodait sans réticence de la règle de St-Benoît.

Aussi, ces quelques minutes, parfois ces quelques heures passées avec nous à converser agréablement étaient pour plusieurs un moment de repos inappréciable à la fin de journées chargées,passées auprès des gens du quartier.

Quant à nous, ces heures de détente familière nous avaient permis de connaître plusieurs Pères d'une communauté dont les membres avaient une foi vive et faisaient état, à l'endroit des paroissiens, d'un dévouement inégalable qui ne s'est jamais trahi pendant les quinze années que nous avons vécues au milieu d'eux.

Il est temps d'ajouter que si le quartier et la paroisse nous avaient paru ternes au début, le contact avec une population franche, saine moralement, enjouée, attachée à son église et à ses pères, imbue en grande majorité de respect pour le docteur, qu'on vénérait souvent au même titre qu'un prêtre, nous l'avait rendue sympathique. Nous nous étions rapidement fait des amis de ces gens dont je garde un souvenir impérissable.

Je vois encore à mon cabinet de

consultation, régulièrement, des adultes que j'ai suivis depuis leur naissance, il y a 30 ou 40 ans.

Et, je trouve émouvant et sain de sentir renaître en moi un reste de cette amitié que j'éprouvais pour leurs parents, il y a déjà bien longtemps.

Les services religieux que cette communauté de Pères Capucins assurait à la paroisse depuis 1902, s'étaient toujours manifestés sous forme d'une communion intime avec le peuple, et on avait vu naître divers mouvements paroissiaux, toujours sous la responsabilité de pères engagés pronfondément, et remplis d'abnégation, pour maintenir la collectivité dans la paroisse, pour garder les jeunes chez nous, au moyen de mouvements de jeunesse, de chorales, de réunions communautaires, etc.

C'est la première fois que je prenais conscience à ce point, de l'ensemble de mouvements paroissiaux qu'il faut d'abord susciter, puis maintenir en opération, si on veut garder à la paroisse sa raison d'être. Chez nous, les pères avaient établi avec un rare succès, une foule d'activités, tant pour les hommes que pour les femmes, pour les jeunes que pour les plus âgés, et s'y donnaient corps et âme. C'est sans doute la raison primordiale de la cohésion de cette paroisse.

Dès notre arrivée, nous avions remarqué un père jeune, très actif, qui, en raison d'un séjour d'études supérieures en France, dans le Midi, avait gardé un accent qui nous le faisait distinguer des autres.

Dès son arrivée comme vicaire, on avait confié au père Marcellin deux tâches: celle de réorganiser le Tiers-Ordre sur un plan différent; celle de préparer les paroissiens au grand congrès eucharistique qui devait se dérouler à Québec

l'année suivante. A cet effet, il avait inauguré la messe dialoguée. "Tous les dimanches, à toutes les messes, durant l'année entière, on le vit en chaire donner le sermon, présider la prière dialoguée, et diriger le chant du peuple, "comme le dit si bien un de ses confrères dans "l'Echo de St-François".

Nous avions été fortement impressionnés par ce père, très bon prédicateur, avec son accent inoubliable, et dont le dévouement et l'esprit de sacrifice étaient signalés par tous. Ses confrères autant que les paroissiens.

Et pendant 6 ans, soit jusqu'à sa nomination comme supérieur au monastère de Cacouna, nous avons pu le voir évoluer dans toutes les oeuvres, toujours pressé, se réservant peu de temps pour lui-même, ignorant totalement le repos.

De contacts personnels, nous en avions eu beaucoup moins qu'avec plusieurs de ses confrères vicaires, justement parce qu'il ne regardait jamais au don de soi et qu'il était constamment pris par des services à la paroisse et aux paroissiens.

Imitateur de St-François, il consacrait également beaucoup de temps à la méditation et à la prière. De sorte que, sur le plan strictement humain, mes contacts avaient été limités à quelques mots lors de rencontres fortuites, à la présentation des voeux du nouvel an, etc.

Puis, il nous quitta pour Cacouna sans tambour ni trompettes.

Je n'entendis plus parler de lui pendant quelques mois.

Le 23 novembre 1943, je recevais un appel téléphonique me disant que le père Marcellin

était revenu de Cacouna malade, assez pour être incapable de venir me voir à mon cabinet. C'était déjà un signe de gravité, sachant la répugnance du père à déranger les autres. Il fallait qu'il soit vraiment malade ou mal en point, pour me faire demander au monastère.

J'arrivai devant un homme très malade, le teint terreux, ayant présenté depuis une semaine une douleur abdominale en haut, à gauche, accompagnée de vomissements et d'hyperthermie.

On pouvait palper une masse para-ombilicale gauche, très douloureuse spontanément, mais plus encore à l'examen. Cette tuméfaction de 10 à 12 cm de diamètre était immobile, comme figée dans l'abdomen. Je le fis immédiatement hospitaliser et, dès le lendemain, je le faisais examiner par le docteur Poliquin pour avoir son opinion diagnostique et, surtout, lui confier ce cas grave qui, je le croyais, relevait d'une thérapeutique chirurgicale.

Nos examens radiologiques et biologiques ne nous permettaient pas d'en arriver à un diagnostic précis.

On soupçonnait une masse inflammatoire ou tumorale, repoussant le côlon, et donnant des signes de sub-occlusion. Aucun traitement spécifique n'était connu.

Et, mon patron, qui était prudent à l'extrême devant ces cas à diagnostic douteux et compliqué, se refusait pendant plusieurs jours à intervenir, espérant que le drainage de l'estomac par un siphon et un traitement d'ordre général, devrait prévaloir avant de procéder à tout acte chirurgical.

C'est pendant cette période que je commençai à soupçonner la véritable dimension

spirituelle de notre patient.

Souffrant, mais ne proférant aucune plainte, il se soumettait à chacune de nos visites, et les miennes étaient fréquentes à un questionnaire qui variait nécessairement peu; il répondait d'une voix douce sans jamais manifester aucune irritation, ajoutant que ses prières constantes ne pourraient sans doute que nous aider à solutionner le problème.

D'une fois à l'autre également, nos examens répétés de l'abdomen réveillaient invariablement la douleur qui, entre-temps, perdait de son acuité. La voix lente, plus faible à mesure que les jours passaient, répondait avec sérénité à nos questions. Pour moi, surtout, dont il devinait l'intérêt et l'espèce d'angoisse qu'a tout jeune médecin vis-à-vis un patient gravement malade, il était d'une délicatesse, d'une politesse qui ne changeait jamais.

Une fois, il demanda: "Faudra-t-il opérer?" Et je lui dis que si la résolution de la réaction inflammatoire ne se produisait pas, il faudrait sans doute recourir à la chirurgie; il répondit calmement: "A la grâce de Dieu. Je remets toute l'affaire entre vos mains." Mon patron, de plus en plus inquiet de la tournure des choses, car la fièvre avait monté, les douleurs étaient plus constantes, et l'examen devenait plus pénible d'un jour à l'autre, avait émis l'hypothèse d'une pancréatite, d'un kyste du pancréas, ou du mésentère, ou d'une péritonite plastique, et se donnait encore quelques jours d'attente avant l'opération, espérant, comme moi, une rémission spontanée.

Devant la persistance d'un état fébrile important, d'une douleur qui ne cédait à rien et de la zone douloureuse qui ne marquait aucune amélioration, il fallut se décider à faire une laparo-

tomie, et à juger ex temporane de la thérapeutique chirurgicale.

Le 29 novembre, l'intervention fut faite, et les constatations suivantes consignées au dossier: "Il s'agit d'une grosse masse composée d'anses jéjunales et iléales, agglutinées et distendues, adhérentes à la paroi antérolatérale et à tous les organes de la partie haute de l'abdomen, située sous le mésentère."

Le diagnostic d'une jéjunite avec péri-jéjunite fut porté, et l'histologie confirma qu'il s'agissait d'une "péritonite plastique typique, sans spécificité histologique."

D'autres pathologistes ont réexaminé ces mêmes lames en 1977, et en sont arrivés aux mêmes conclusions.

Une résection intestinale de 75 cm de longueur fut effectuée assez péniblement, suivie d'anastomose immédiate. Les premiers jours post opératoires nous parurent encourageants, mais dans ce milieu infecté, où nous n'avions que des sulfamidés à administrer, les antibiotiques n'étant pas encore sur le marché, nous redoutions des complications qui,effectivement, commencèrent à se développer vers la huitième journée.

D'abord, l'infection de la plaie, suivie à quelques jours d'intervalle d'une fistule intestinale qui, en peu de jours, laissait s'écouler à la paroi tout le contenu de l'intestin grêle. Ce liquide corrosif devait, malgré les soins attentifs, créer bientôt des plaies vives, baignées constamment par les sécrétions intestinales dont le contenu causait des sensations de brûlures véritablement intolérables.

Notre malade, trop faible pour parler beaucoup, priait et gardait à notre égard un oeil

reconnaissant.

Malgré la dextérité des infirmières, et les soins assidus dont on l'entourait, le pansement qu'on devait changer toutes les 4 à 6 heures était un vrai supplice à supporter.

Le père continuait à prier pendant cette épreuve, et ne laissait jamais voir aucune impatience, au contraire, le traitement terminé, il nous remerciait avec un sourire douloureux, ajoutant fréquemment quelques paroles reconnaissantes.

Devant l'étendue et la gravité des complications, le docteur Poliquin avait décidé de réintervenir et de tenter une dérivation par un tube placé dans une anse intestinale grêle, en aval des fistules. Cette intervention fut faite le 17 décembre 1943. Mais, là encore, les résultats ne répondirent pas à notre attente et, en l'espace de quelques jours, d'autres fistules intestinales grêles s'étaient développées et, par la plaie principale, l'écoulement des liquides intestinaux avait repris de plus belle.

De jour en jour, le patient perdait des forces, malgré les solutés riches en vitamines et en électrolytes, malgré des protéines à haute dose données par voie parentérale et, à quelques occasions, il faisait un effort pour me parler, me poser quelques questions. Un jour, il me demanda de lui dire avec franchise ce que je pensais de son état.

Quelle épreuve pour moi d'avoir à lui expliquer que son état ne s'améliorait pas et, qu'à moins d'un changement prochain, on verrait graduellement les choses empirer.

Il me regarda avec une bonté infinie et me dit: "Merci d'avoir été aussi franc."

Cette douceur d'un mourant à qui on annonce la nouvelle fatale, créait chez moi une émotion qui devait se reconnaître dans le timbre de ma voix et dans mon attitude, car il ajouta "Je prie beaucoup pour vous." Au bout d'un instant, il parla de nouveau et dit: "Et je continuerai à prier pour vous, au Ciel, bientôt."

Ni l'un ni l'autre nous ne gardions d'espoir.

La gorge serrée dans un étau, incapable d'articuler une parole, je quittai la chambre suffoqué d'émotion.

A Noël, on avait décoré sa chambre d'une statuette de la Vierge Marie, entourée de bouquets de fleurs, devant laquelle brûlaient en permanence des lampions.

Comme il avait une dévotion profonde pour la Sainte Vierge, son oeil brillait de joie en même temps qu'il faisait un geste pour nous indiquer l'endroit où était la statue. Au cours de ma visite à Noël, il me dit: "Veuillez vous agenouiller, nous allons réciter tous les deux un Ave Maria de reconnaissance pour toutes les bontés que le Seigneur nous a témoignées sur cette terre."

Je m'agenouillai. C'est peut-être la fois où j'ai prié avec le plus de conviction dans ma vie. Nos deux voix unies, la sienne chevrotante, la mienne grave et émue répétaient: "Je vous salue Marie ....."

En terminant, je le regardai. Il semblait dans le ravissement. Il parlait littéralement à la Mère de Dieu comme s'il la voyait.

Encore une fois, je sortis sans bruit, conscient d'avoir vécu quelques instants surnaturels.

Entre Noël et le Jour de l'An, l'état de mon patient avait été en se détériorant. C'était à peine si, maintenant, il pouvait dire quelques phrases, tant son asthénie était grande.

Bien déterminé à le voir tous les jours, je lui fis une visite au Jour de l'An, et fus surpris de le retrouver l'air mieux, souriant et presque gai.

L'apparente amélioration qui précède parfois la mort de quelques jours.

Il me donna la main et me fit ses souhaits "de bonne année, sainte année, et le paradis à la fin de vos jours."

Puis, soudainement, il me dit: "Je veux vous bénir et faire descendre sur vous et votre famille les bienfaits de Dieu."

Je m'agenouillai. Il fit un effort douloureux pous s'asseoir dans son lit et mit toute sa bonté, sa sincérité dans son geste, confiant et convaincu que par son intermédiaire, Dieu me couvrirait de ses grâces.

Puis, il ajouta d'un ton ferme: "Je ne saurais comment mieux vous remercier de tous les soins que vous m'avez prodigués. Je demanderai bientôt au Père Eternel de vous protéger, vous, et les vôtres, toute votre vie."

Accablé de chagrin devant notre impuissance, je ne pouvais que balbutier quelques mots de reconnaissance pour ce témoignage inestimable de gratitude.

Si longtemps après, je peux rendre à mon tour témoignage que toute ma vie passée à soigner des malades, à les réconforter, à les assister jusqu'à la fin souvent, a été une vie remplie de joie, et je pense parfois que les bons

voeux de ce saint homme au Jour de l'An 1944 ont été exaucés.

Et puis, ce fut la fin. Ce fut bientôt l'agonie et un coma vigile, dont il sortait pour nous reconnaître, nous serrer la main, nous signaler qu'il était conscient de notre présence.

Le 7 janvier, ce furent ses derniers mots. Il me dit textuellement: "La Sainte Vierge va jouer un tour au Sacré Coeur." Je lui souris, comme à quelqu'un qui part en voyage, qu'on va reconduire, sans trop comprendre le sens de ses paroles.

La soeur hospitalière m'expliqua que ce jour, le 7 janvier, était un vendredi, le jour du Sacré Coeur, et que le lendemain samedi, serait le jour de la Sainte Vierge.

Comme c'était sa dévotion préférée, il espérait bien mourir un jour consacré à Marie.

Et, effectivement, il mourut samedi le 8 janvier 1944, tel qu'il l'avait désiré, entouré de nous tous qui l'avions soigné sans le guérir, convaincus de la sainteté de cet homme qui, au milieu de souffrances intolérables, n'avait jamais proféré une plainte, et avait continué à prier, à remercier son créateur de ses bienfaits à son égard.

Quel exemple de grandeur nous avait donné cet homme simple, qui avait refusé tout de la vie, sauf Dieu !

L'ENTREVUE

Un rire discret, agréable à entendre, répond à ma remarque sur la qualité de la vie au ministère de la Santé. Le ministre Leclerc, un homme dans la quarantaine, grand, mince, l'air en pleine forme, est assis à son bureau, rue Sainte-Julie. Il a vraiment l'air d'un bon vivant à qui cela ferait plaisir d'accéder à nos demandes.

Cette pièce où nous sommes est spacieuse, lambrissée de panneaux de beau chêne doré et éclairée abondamment. De l'étage où nous sommes, de grandes baies par où la lumière pénètre, nous donnent une vue extraordinaire du fleuve Saint-Laurent, de l'Ile d'Orléans, et de la côte de Beaupré.

De là, ma remarque sur "la qualité de la vie ici". En effet, dit le Ministre, ce point de vue est fantastique, et cela nous repose des tracasseries quotidiennes dans un ministère comme le mien. Allusion subtile, sans doute, à notre présence ici.

Nous avons obtenu, il y a trois semaines, un rendez-vous pour aujourd'hui dans le but de sonder, encore une fois, les possibilités d'un octroi pour l'agrandissement de l'hôpital.

Nous sommes trois. Deux représentantes de l'administration, la Supérieure et son adjointe, et moi, porte-parole du groupe des médecins et secrétaire du Conseil médical, organisme puissant dans la direction des affaires de l'hôpital.

Le Président, d'une couleur politique différente de celle du Gouvernement, sait que sa seule présence serait la pierre d'achoppement à toute promotion. Il m'a donc délégué ses pouvoirs pour la circonstance.

Même si je ne suis pas un fervent militant en politique, on présume que je suis du même parti que mon père, et on croit que le ministre pourrait m'être favorable.

Les religieuses, femmes intelligentes, dévouées à la cause de l'hôpital, sourient à ma remarque et au rire du Ministre, et attendent patiemment qu'on nous invite à exposer l'objet de notre visite.

C'est la troisième fois, en moins de deux ans, que nous faisons la même démarche, remplis d'espérance et, aussi, d'incertitude. Au cours des deux rencontres antérieures, l'accueil a été chaleureux comme celui d'aujourd'hui. C'est sans doute le rôle du Ministre, même s'il n'a rien à accorder, de recevoir avec une joie apparente ses électeurs, et la nôtre ne fait pas faute à la tradition.

Depuis près de deux ans, nous attendons en vain l'approbation nécessaire à l'agrandissement de l'hôpital et, cette fois encore, nous pousserons l'audace jusqu'à lui rappeler ce qu'il nous a presque promis antérieurement, sans engagement officiel. Nous espérons toucher une corde plus sensible aujourd'hui, en 1944.

Il faut dire que depuis le début de la guerre, depuis 1940 plus précisément, l'hospitalisation des malades dans tous les centres s'est accrue d'une façon incroyable.

De plus en plus de patients acceptent, d'emblée, de venir à l'hôpital. Cette espèce de barrière psychologique qui le faisait voir comme un endroit où l'on était conduit pour mourir, jusqu'à ces toutes dernières années, est disparue de notre milieu urbain et est également en voie de s'effacer dans le milieu rural.

La guerre et ses conséquences sociales, l'arrivée de spécialistes dans de nombreuses disciplines telles que la cardiologie, l'obstétrique et la gynécologie, la chirurgie dans toutes ses modalités, ont contribué à accélérer le mouvement des malades vers les centres hospitaliers.

Le nôtre, plein à craquer, n'ayant subi aucune amélioration valable depuis sa fondation, a réellement besoin d'un rajeunissement qui le mette sur le pied d'un hôpital moderne.

C'est ce que la Soeur Supérieure tente maintenant d'expliquer au Ministre, s'efforçant de trouver des paroles convaincantes, des arguments choc qui pourraient le déterminer à pousser plus fort dans notre direction.

J'ajoute, aux paroles déjà exprimées, quelques mots qui essaient d'accentuer l'idée que dans un avenir rapproché, la population exigera de plus en plus de soins de la part des médecins, de plus en plus de moyens diagnostiques et thérapeutiques de la part des hôpitaux, de plus en plus d'espace et de plus en plus de lits au service des malades.

Le Ministre opine de la tête à tous nos arguments, dit des oui, des bien sûr, des vous avez raison. Mais après un certain nombre d'échanges, il a chaud, il s'éponge, il serait manifestement soulagé et heureux que nous mettions fin à cet entretien.

C'est pourquoi il se lève, nous assure de sa collaboration, ajoutant que le tout doit être présenté devant le Conseil des ministres pour approbation.

C'est à ce niveau que notre demande a déjà été différée deux fois.

Il nous reconduit aimablement vers la porte, saluant bien bas les dames religieuses en m'adressant un mot amical, à moi, qui l'ai connu à l'Université où il était mon aîné.

L'entrevue a duré une heure. Nous quittons le ministère de la Santé, loin d'être rassurés quant au résultat de cette visite. Nous voudrions garder encore quelques illusions, mais nous savons bien, n'est-ce-pas, qu'il existe dans tous les gouvernements un système de gratification à l'endroit des amis sûrs qui, après avoir fourni certaines énergies à défendre la cause du parti, escomptent voir ces services reconnus d'une manière tangible.

Hélas ! ce n'était pas notre cas.

Les têtes d'affiche dans notre groupe de médecins étaient toutes reconnues comme ferventes libérales. Aucune ne fournissait à la Caisse électorale pour qu'en haut lieu, on pût s'en rappeler.

C'est très mauvais quand on a un urgent besoin d'aide.

C'est pourquoi, encore une fois, on vit les semaines s'écouler sans changement. Cependant, chez-nous, les influences politiques peuvent s'exercer sur deux tableaux: fédéral et provincial.

Or, il y a deux ans, le gouvernement d'Ottawa, avec l'épreuve de la conscription s'est mis à dos en bloc la majorité française de la province de Québec. C'est donc un temps propice, où il verrait d'un oeil favorable la distribution d'octrois, la construction d'édifices publics au service de la population, qui peuvent lui ramener la faveur de l'électorat.

L'expérience nous a également appris

que lorsque des politiques divergentes existent entre pouvoirs central et provincial, les fédéraux profitent de toutes les situations pour contrecarrer les décisions ou les omissions du régime local, et vice-versa.

L'impact auprès de l'électorat est toujours important.

Ce fut ce qui se passa dans notre cas. Le président du Conseil des médecins, en même temps président du Conseil d'administration, sans doute le plus conscient parmi nous de nos besoins, avait des amis influents auprès du gouvernement fédéral.

Par un concours de circonstances absolument fortuites, il eut l'opportunité d'exposer à l'un d'eux, notre situation, d'insister sur le retard préjudiciable qui nous était imposé, et l'amère déception qu'il en ressentait.

Par les bons offices de ce personnage-clé, le Fédéral se déclara prêt à défrayer une partie du coût de la construction, forçant ainsi le Provincial à ouvrir sa bourse pour ne pas être en reste. Il accorda sur le champ, les sommes nécessaires à bâtir un édifice nouveau, adjacent à l'hôpital actuel.

Les plans, maintenant en voie d'élaboration, prévoyaient huit étages équipés de la façon la plus moderne, tant dans les laboratoires que dans les départements de radiologie, d'obstétrique, de chirurgie, etc.

Deuxième agrandissement 1948

Des unités beaucoup mieux réparties devaient contribuer à améliorer les soins aux malades.

Les travaux d'excavation, très difficiles à cause de la nature du terrain, mais supervisés par une firme d'architectes et d'ingénieurs de première valeur, débutèrent à l'automne 1944, salués avec joie et orgueil par tous ceux que cela concernait et qui espéraient depuis si longtemps.

LA FÊTE

Nous étions très heureux et enthousiastes. Notre échéancier nous faisait entrevoir la fin des travaux dans les derniers mois de 1946.

Nous avions oublié, bien sûr, qu'en pleine guerre, les meilleures volontés et les enthousiasmes les plus forts se heurtent à des obstacles insurmontables qui retardent les constructions: manque de matériaux, insuffisance de maind'oeuvre, retard des transports, etc...

Il fallait donc se résigner, même pour l'après-guerre, à voir s'étirer le temps et à accepter des délais inévitables. Malgré cela, la bâtisse avançait et, à l'automme 1947, les étages inférieurs étaient complètement terminés. Il ne restait plus qu'à finir les deux ou trois planchers supérieurs, et tout serait terminé.

C'est ce moment que certains de nos confrères, parmi les plus jeunes, choisirent pour aller hardiment demander aux autorités la permission d'utiliser le futur salon, afin d'y donner une fête en l'honneur du plus jeune, à la veille de son mariage. La réponse affirmative nous donna le feu vert pour ce que nous avons appelé depuis la "fête à Armand".

Elle eut lieu au premier étage du nouveau pavillon, dans le salon non encore meublé. Pour la circonstance, on y avait installé des chaises pliantes et quelques tables.

Dans une pièce adjacente, aujourd'hui le vestiaire des médecins, on avait dressé sur des tréteaux deux grandes tables recouvertes de nappes en papier pastel.

Sur l'une de ces tables, il y avait tout

un étalage de bouteilles de formes et de couleurs différentes, contenant le "nerf de la fête".

Plus tard dans la soirée, c'est sur ces tables qu'on pourrait déguster les amuse-gueules et autres bonnes choses préparées par un traiteur.

Armand Lamontagne avait fait un cours de médecine en se révélant immédiatement comme un travailleur acharné, et avait, en conséquence, obtenu des résultats académiques enviables.

Après avoir, d'un oeil sage et prudent, observé ce qui se passait dans le milieu des hôpitaux, il avait opté pour un internat suivi d'une résidence à St-François d'Assise, dont il espérait tirer le meilleur profit.

Très réaliste, il avait tout deviné au premier coup d'oeil des avantages personnels pour un jeune homme ambitieux dans ce groupe.

C'est ainsi qu'il nous était arrivé le 1er juillet dans une petite Austin marron, petit de taille, bien mis, l'oeil foncé, vif et intelligent, sous une chevelure ondulée noire et épaisse. Il avait l'air actif et débrouillard. En peu de jours, son comportement confirma ce que nous pensions de lui, et lui permit de s'imposer aux dirigeants comme un candidat intéressant à garder.

Et puis, dès les premières semaines, à cause de la pénurie d'internes, mais plus encore à cause de son dévouement et de ses nombreuses qualités, il avait été intégré au groupe comme l'un des nôtres et, rapidement, nous était devenu indispensable.

Après avoir songé à faire de la médecine générale, il se sentit attiré vers l'anesthésie, spécialité encore relativement à ses débuts chez-nous, où il y avait place pour un

nouveau membre. C'est ainsi qu'il devint rapidement l'assistant d'un chef de Service malade, dont les jours étaient déjà comptés. En raison de cette situation, il était au travail tôt le matin, et oeuvrait tantôt au bloc opératoire où sa présence était de jour en jour plus appréciée, tantôt à la salle d'accouchement où un anesthésiste réanimateur était maintenant considéré comme indispensable.

Il devint familier avec toutes les méthodes utilisées à l'époque et termina ses études par un séjour de perfectionnement dans le milieu le mieux coté de la Métropole, avant d'obtenir son diplôme d'anesthésiste.

Toute sa vie a été consacrée au service de cette spécialité, peut-être la plus évolutive de toutes et, déjà depuis longtemps, il est le Chef apprécié pour sa science et son habileté à administrer le Service d'anesthésie et de réanimation de St-François d'Assise.

Mais en 1947, la seule chose qui nous liait à Armand, était son dévouement, son entregent et sa jovialité.

Nous l'aimions tous, et étions donc doublement heureux d'assister à cette fête, d'abord, pour lui manifester notre amitié et, ensuite, pour participer à l'inauguration officieuse du nouveau pavillon.

Cela se fit en grand, par la lecture d'une adresse extrêmement bien composée, où l'esprit pétillait à chaque phrase, mettant en exergue, d'une part, les grandes qualités du héros de la fête, avec insistance particulière sur les qualités physiques dont il devrait bientôt faire preuve. Bien sûr, sa stature nous laissait deviner des endroits cachés où des développements inattendus devaient exister, etc... D'autre part, on

amplifiait les défauts d'Armand jusqu'à les déformer.

Tout cela débité sur un ton badin et enjoué, par le rédacteur même de l'adresse, le docteur Lionel Bergeron, grand ami du héros.

Chaque phrase était saluée des rires des assistants, assaisonnée parfois de commentaires hauts en couleur.

Et ensuite, les santés se succédèrent pendant une heure, deux heures, peut-être plus, au cours desquelles la joie manifeste et l'enthousiasme des participants se reconnaissaient au diapason de plus en plus élevé des conversations, des chants, des histoires drôles, etc...

Chacun notre tour, nous racontions des histoires, et j'ai à la mémoire un fait supposément vécu qui, rapporté par l'un de nous habituellement calme, réservé, même froid, mais en ce moment stimulé par quelques verres, avait provoqué dans l'assistance les réactions espérées.

C'était l'histoire des treize valises qu'un couple de nouveaux mariés avait décidé d'emporter en voyage de noces, et qui suscitaient des embarras et des encombrements inimaginables dans chaque gare, chaque train de chemin de fer, chaque hôtel.

Et que dire des engueulades avec les chauffeurs de taxis, provoquées par cet amoncellement de bagages devant lesquels les bras leur tombaient ! Des incidents toujours plus cocasses les uns que les autres étaient inévitables.

Le narrateur lancé sur son erre, suant et riant à la fois, imitait l'arrivée à l'hôtel, mimait les gestes des portiers, sifflait les bras chargés de valises hypothétiques, pour faire avancer une voiture, prenait l'air découragé du chauffeur, tirait

maintenant les malles à bout de bras, d'un air écoeuré, dans le coffre arrière; devant le train, il devenait le conducteur, enflait la voix pour donner des ordres, donnait des coups de pied dans les valises, bref, revivait devant nous des scènes dont il avait sûrement été le témoin un jour.

Les murs de la salle voulaient crouler sous l'éclat des rires énormes d'une assistance épuisée devant cette description spectaculaire d'événements loufoques, actés comme si on les revivait.

Les uns étaient tordus de rire, presque incapables de reprendre leur souffle entre deux saccades; les autres pleuraient, complètement incontrôlables.

Enfin, l'histoire se terminait sur un retour penaud, les poches vides à force de pourboires.

En disant ceci, l'acteur tournait ses poches à l'envers, arrachant un dernier soubresaut à ses auditeurs incapables d'aller plus loin.

Quelle soirée ! Quel plaisir que ces rencontres fraternelles dénuées de tout autre sentiment que la joie !

Vers minuit, la fête battait vraiment son plein. Tous avaient atteint un seuil d'euphorie collective et nous fûmes conviés à goûter aux mets préparés à notre intention.

Nous avons commencé par déguster des huîtres excellentes, avec un bon verre de vin et, naturellement, tout au cours de ces agapes, les conversations continuaient sur un ton enthousiaste.

Ensuite, il y eut les bouchées, les sandwiches, les petits fours, le café, le cognac, etc...On

peut dire qu'en tout et partout, la dégustation avait bien duré deux heures, de sorte que nous étions déjà aux petites heures du matin.

Les consommations et le bon vin aidant, nous avions atteint l'heure des confidences.

Dans notre milieu, comme à peu près partout, il y avait, même à cette époque, des gens aux idées bien arrêtées, souvent en conflit avec des confrères tout à fait opposés à leur conception de l'administration de l'hôpital.

Ils étaient surtout dans les hautes sphères, les cadres d'aujourd'hui. Donc, ceux qui doivent éventuellement prendre des décisions capitales dans la conduite des affaires.

En conséquence, nous étions parfois en face de quelques individus qui, pour des idées opposées, se tenaient comme des chiens de faience en face les uns des autres, oubliant que des plus jeunes avaient à souffrir de cette attitude.

Eh bien ! En ce soir de fête, nous avons assisté à des réconciliations touchantes, entre gens qui, déjà transformés par l'ambiance favorable, se tenaient maintenant par le cou, et se tutoyaient en se décernant des "mon cher", "oui, mon vieux", etc...

Nous, les jeunes, étions littéralement éberlués de cette camaraderie soudaine, et nous nous faisions des gorges chaudes dans les coins.

C'est ainsi que nous avons assisté ce soir-là à des déclarations absolument imprévues qui mettaient encore plus d'allant à la poursuite de la fête.

Jusqu'à épuisement du carburant.

C'est vers trois ou quatre heures du matin que les assistants ont décidé, en choeur, de laisser les lieux.

Quand on vient pour se lever sur des jambes qui, tout d'un coup, veulent se dérober, c'est le moment où on s'aperçoit combien on était solide en position assise.

C'est ainsi que, en groupes, clopin-clopant, nous nous sommes dirigés vers la seule sortie possible, celle de l'avenue Leclerc, les portes du nouvel édifice n'étant pas encore en état de fonctionner.

C'est là que nous avons assisté à une scène tout à fait inoubliable, que je raconterai en quelques mots. En arrivant à la porte, il y avait deux ou trois marches à descendre du palier au trottoir. Nous avions laissé nos camarades les plus âgés nous précéder et, au moment de descendre, le président fit un faux pas, perdit pied, et vint s'affaler de tout son long face contre-terre.

Nous étions consternés, car la chute avait été tellement brutale qu'il aurait pu se blesser grièvement.

A la stupéfaction de tous, contrairement à notre attente, au lieu de se plaindre, dégrisé en l'espace d'un éclair, devant la perspective sub-consciente d'une perte de tout prestige, il se tourna la face du côté de l'hôpital, jeta un oeil en coin vers les fenêtres, et dit: "J'espère que la Soeur Supérieure n'a rien vu de ce qui vient d'arriver".

Une fois la première surprise passée, il y eut un moment d'hilarité générale, mais c'est quand même avec précipitation et déférence que quelques-uns parmi nous se portèrent au secours de notre aîné qui fut prudemment reconduit à son

domicile.

Personne n'a jamais osé parler de cette aventure au principal intéressé mais, à maintes reprises, entre nous, nous nous rappelions l'incident que je viens de rapporter.

Ce fut une grande fête, une bonne fête, une fête comme nous n'avons plus eu l'occasion d'en tenir chez nous.

Trente ans plus tard, ceux qui étaient là ce soir-là, se rappellent encore, les yeux brillants, cette mémorable soirée.

Inauguration officielle
du nouveau pavillon

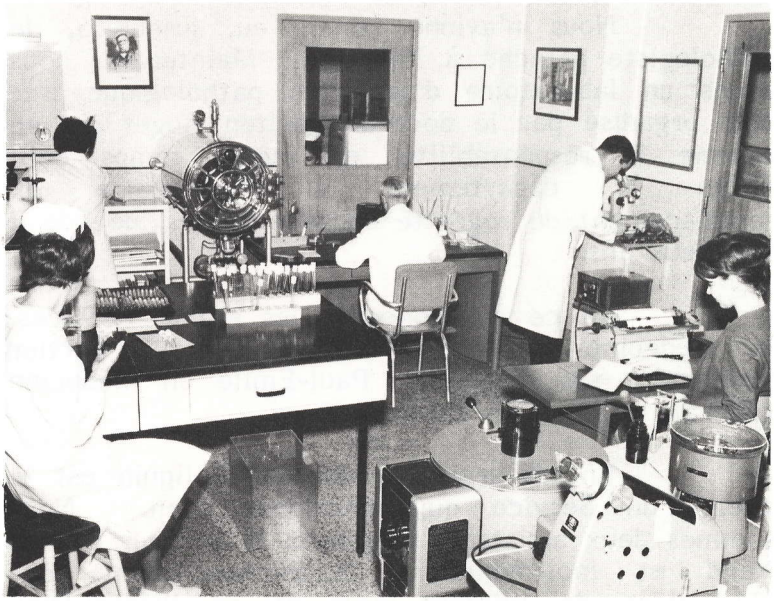
1950

Pour les catholiques, c'est l'Année Sainte, et on voit partir de partout dans le monde, des avions bondés de gens qui s'en vont en pélerinage à Rome.

Les Canadiens français, très attachés à l'Eglise, participent à cet engouement en organisant de nombreux voyages en Europe, tant par bateaux transatlantiques que par envolées spéciales, cédulées à cette occasion par les lignes aériennes.

Malgré l'éclat des fêtes et la joie qui émane de Rome, c'est une année qui laisse un goût amer de tragédie chez nous. En effet, un avion chargé de Québécois est allé dans le brouillard, s'écraser sur un pic dans le sud de la France. Tous les passagers ont été tués sur le coup. C'est le drame du mont Obiou que personne de ma génération n'a oublié, parce que tous, nous avions soit des parents, soit des amis intimes ou des connaissances à bord de cet avion.

Une infirmière de St-François d'Assise et sa soeur, enfants d'une famille que nous connaissions bien, périrent dans cet accident. Ce fut pour nous tous un véritable choc d'apprendre cette mort inopinée d'une jeune fille de 20 ans, compagne de tous les jours, dont nous avions pu apprécier le travail dévoué auprès des malades, et dont l'avenir prometteur se trouvait soudain anéanti.



Laboratoire 1950

Mais on peut dire également, que c'est l'année de l'organisation. Après deux années de rodage depuis l'inauguration du nouveau pavillon, nous avons vu l'éventail des différentes disciplines médicales se compléter, et nous avons commencé à tirer bénéfice d'un équipement des plus moderne.

En radiologie, le docteur J.C. Robitaille, le fils du docteur T. Robitaille, le fondateur, s'est spécialisé dans la même branche que son père, et il est devenu le nouveau chef du Service de radiologie diagnostique et thérapeutique. Le père est demeuré l'adjoint du fils jusqu'à l'âge de la retraite.

Les laboratoires, complètement rénovés sous la direction du docteur Hector Turcotte, disposent maintenant de toutes les techniques d'examens actuellement nécessaires à une médecine d'appoint, et ont également innové dans la recherche.

Nous n'avions jamais eu, jusque-là, de pathologiste attaché à l'hôpital. Maintenant, nous avons un laboratoire d'anatomie pathologique très bien organisé par le docteur Carlton Auger qui en assume la responsabilité, en même temps qu'il dirige le département à l'Université en remplacement du regretté docteur Berger, décédé il y a deux ans.

En ce qui concerne les grands Services, la Médecine interne a vu le docteur Fortier s'adjoindre ses deux fils, Paul-Emile en médecine générale et Jean en cardiologie.

En chirurgie, le docteur Poliquin est le chef d'un Service qui fonctionne bien. Nous sommes deux assistants réguliers: le docteur Robert Naud et moi-même. Occasionnellement, des chirurgiens de l'Enfant-Jésus et de l'Hôtel-Dieu viennent opérer chez nous.

L'urologie, qui a maintenant pris une ampleur que nous ne croyions pas possible au début, fait encore partie du service de chirurgie.

Au Service d'obstétrique déjà existant, on a adjoint la gynécologie, et le docteur F.X. Demers en a assumé la charge, aidé du docteur Roger Brault dont les recherches en obstétrique et en périnatalité devront, vingt ans plus tard, aboutir à une reconnaissance internationale.

Le Service d'orthopédie, dont la responsabilité incombe au docteur Maurice Royer, qui l'a très bien organisé, suffit à peine aux demandes croissantes d'une population qui va en augmentant. Le développement des loisirs, à la portée de tous, l'augmentation phénoménale du nombre de véhicules automobiles avec, comme conséquence, une flèche continuellement ascendante des accidents, n'ont pas peu contribué au surcroît de travail dans ce service, où deux assistants viennent d'être acceptés.

Le docteur François Letarte a pris la charge du Service d'oto-rhinolaryngologie où les locaux débordent d'une clientèle qui augmente de mois en mois. Tandis qu'en ophtalmologie, le docteur Jacques Boulanger nous arrive avec tout ce qu'il y a de plus nouveau dans cette spécialité.

La pédiatrie, entité de plus en plus importante, tant par le grand nombre d'enfants qu'on y soigne que par la surveillance exigée à la pouponnière, a été confiée au docteur Euclide Déchêne, déjà chargé d'un cours régulier à la Crèche St-Vincent de Paul.

En anesthésie, le docteur R. Duchesne, après avoir succédé au docteur L.E. Levesque en 1948, a maintenant deux assistants: les docteurs A. Lamontagne et Bernard Paradis. Ce service est des plus actifs et suit les progrès fulgurants de

cette spécialité récente.

La psychiatrie est couverte par le docteur G.H. Larue. C'est un développement tout récent chez nous.

Donc, un bon nombre de disciplines médicales, absentes il y a quelques années, ont été établies dans notre milieu. Ajoutons que, la guerre terminée, nous réussissons maintenant à intéresser des jeunes à venir à notre centre hospitaliter comme internes et résidents; en même temps qu'ils parfont leurs connaissances, ils contribuent à faciliter le travail, à en améliorer la qualité.

Parmi ceux qui se tiennent constamment dans le Service de chirurgie, en qualité d'assistants libres, il y a un jeune, maintenant parmi nous depuis 1940, année de son internat junior, le docteur Paul Brochu, doué de deux qualités majeures: le dévouement intégral et l'amour du travail. C'est surtout pendant la période difficile de guerre de 1940 à 1946 qu'il s'est révélé comme un entêté du travail. Seul pendant tout ce temps, en qualité d'interne résident, il a dû fournir un effort constant, sans congés, sans vacances, afin que les chirurgiens n'aient pas à souffrir de la pénurie d'une main-d'oeuvre rendue dans les forces armées. Après 1950, il put se consacrer à des études en chirurgie, et passa quatre ans aux Etats-Unis d'où il revint pour être intégré au Service.

Il faut ajouter environ soixante-quinze praticiens généraux, dont les plus actifs étaient les docteurs J.W. Samson, Eugène Bissonnette, Magella Tremblay, Rosaire Rainville, Roger Guimont, A.N. Turcotte, Lionel Bergeron, etc, etc ... qui suivaient régulièrement leurs propres malades à l'hôpital.

Quant aux unités de soins, elles sont géographiquement très bien disposées du troisième

au huitième étage, chacune étant orientée vers une spécialité différente des autres étages. Chaque religieuse hospitalière a sous sa juridiction un certain nombre d'étudiantes infirmières qui font ici leur entraînement clinique en même temps qu'elles poursuivent à l'école des gardes-malades leurs études académiques. En 1950, elles assurent des services de douze heures à la fois, entrecoupées de périodes de repos, et ont une demi-journée de congé par semaine.

J'en profite ici pour rendre un témoignage bien mérité à tout ce groupe de religieuses infirmières (et ceci vaut également pour les autres communautés à orientation identique), dont la vocation était basée sur le dévouement et le don de soi.

Nous étions encore à l'âge d'or où chaque infirmière, religieuse ou laïque, se faisait un point d'honneur de suivre les principes de philanthropie de Florence Nightingale. La discipline sévère s'appuyait sur une très forte formation psychologique.

Je rends hommage, de la même façon, à toutes ces infirmières laïques, brûlant du feu sacré, qui ont parsemé ma vie des souvenirs précieux de leur empressement auprès de malades seuls, anxieux, et parfois misérables.

C'est avec une certaine nostalgie qu'on se rappelle ce temps où les soins dévoués aux patients trouvaient leur gratification dans un sourire, une poignée de main, un remerciement, un coup d'oeil dont la reconnaissance répondait encore à un humanisme non déformé.

LES ADIEUX

Un après-midi que j'étais à mon cabinet de consultation, en 1952, je vois arriver une femme de belle prestance, élégante, grande, dont le sourire dans un visage d'une beauté remarquable, semblait démontrer un très bon état de santé et, surtout, une joie de vivre communicative.

Après s'être présentée comme l'épouse d'un monsieur que je connaissais bien depuis plusieurs années, elle en vint rapidement au fait et me raconta l'histoire suivante.

Le couple était marié déjà depuis au-delà de vingt ans, et n'avait pas eu d'enfant. Cette femme, pleine de vie, qui se faisait un point d'honneur de travailler au service des autres, avait tenté d'être la femme idéale pour un mari aimant, tout en consacrant ses heures de loisirs à de multiples oeuves sociales, paroissiales et autres.

Comme il était d'usage à cette époque, elle avait recueilli et gardé ses vieux parents dont elle avait eu soin jusqu'à leur mort.

Sa mère décédée le mois précédent, hémiplégique depuis 2 ans, avait nécessité de sa part une attention constante, des soins assidus qu'elle n'osait confier à d'autres; elle s'oubliait elle-même devant un devoir filial auquel elle se croyait tenue, et qu'elle s'était imposé, de toutes façons, en reconnaissance des bontés dont ses parents l'avaient toujours entourée.

C'est ainsi que près d'un an avant la mort de sa mère, elle avait constaté la présence dans le sein droit, d'une petite masse banale qui ne l'avait pas inquiétée, et qu'elle avait complètement oubliée.

Ce n'est que dans les derniers mois précédant cette visite, qu'elle avait constaté la progression de cette tuméfaction, en disant qu'elle attendrait le décès de sa mère pour s'occuper d'elle-même.

C'est ainsi qu'un mois plus tard, elle était rendue à mon cabinet dans le but d'apprendre de quoi il retournait et de savoir quel était le traitement indiqué.

Déjà, cette histoire d'un dévouement poussé à l'extrême nous laissait soupçonner le développement probablement avancé d'une tumeur à caractère grave.

L'examen physique confirma malheureusement la malignité de la lésion par l'extension déjà marquée de la masse tumorale, complètement négligée pendant plusieurs mois, accompagnée d'une adénopathie axillaire facilement palpable.

Il ne semblait pas y avoir d'autres métastases à distance.

Le seul traitement valable était la mastectomie radicale qui lui fut conseillée sur le champ.

En se faisant confirmer la gravité d'une lésion qu'elle avait soupçonnée déjà depuis longtemps, la réaction de cette patiente fut absolument incroyable.

Contrairement à toute attente, elle fit cette simple réflexion: "Je suis fort heureuse d'avoir eu le temps de m'occuper de ma mère jusqu'à sa mort car, je sais le désarroi que mon départ de la maison lui aurait occasionné, ne fut-ce que pour quelques jours". "Je suis donc satisfaite que l'évolution de cette maladie ait été assez lente pour me permettre de m'acquitter de mon devoir

filial tel que je le concevais". " Et maintenant, docteur, dites-moi quelles sont les chances de succès d'un traitement chirurgical tel que vous me le proposez et, quelle est, selon vous, la probabilité de survie, avec une telle lésion?"

On voit qu'elle était très lucide et consciente de son état.

J'avoue que j'étais complètement renversé par ces propos, et encore plus par le calme de cette femme, au physique si imposant, qui venait d'apprendre sa condamnation. Elle se soumettait d'emblée au destin que la Providence lui avait réservé.

Après lui avoir expliqué le genre de chirurgie indiquée dans son cas, suivie de traitements radiothérapiques, j'en arrivai à dire que cette combinaison thérapeutique nous mettait à l'abri, et permettait en général une longue survie.

Elle me regarda d'un air un peu incrédule, me remercia et me demanda de faire la demande d'une place à l'hôpital le plus tôt possible.

Elle me dit, en plus, que cette visite était complètement inopinée, dans le sens que son mari n'était même pas au courant, ni de la visite, ni de la lésion dont elle était porteuse, puisqu'elle lui avait volontairement caché l'évolution de son cas pour ne pas l'inquiéter.

Elle m'avoua bien candidement que son mari serait sans doute étonné et, en homme méthodique qu'il était, il viendrait me voir pour avoir plus de précisions.

"Je vous serais reconnaissante de ne pas trop l'inquiéter" précisa-t-elle avec son beau sourire, en me quittant.

C'est ainsi que ma première rencontre avec cette femme que je devais trouver de plus en plus extraordinaire avec le temps, se termina.

Dès le lendemain, je rencontrai le mari, complètement désorienté en face du drame qui bouleversait brusquement sa vie et celle de sa femme. Il s'expliquait difficilement comment elle avait pu le tenir ignorant pendant tout ce temps de cette terrible maladie qui avait pris, Dieu sait quelle ampleur!

C'est alors qu'il me raconta leur vie à tous deux depuis qu'ils étaient mariés.

Il était évident qu'il vouait un culte à sa femme et, l'auréole dont il l'entourait semblait prendre une valeur inestimable à mesure qu'il exposait les qualités d'épouse et de compagne de celle qui avait comblé sa vie.

Il me raconta son dévouement envers les autres, et en vint à me dire l'attention minutieuse dont ses parents avaient pu bénéficier pendant les dernières années de leur vie. Cette femme merveilleuse, comme il l'appelait, avait tenté de leur rendre jusqu'à la fin les bontés dont ils avaient eux-mêmes entouré cette enfant aimée.

C'est ensuite, les larmes aux yeux, qu'il me supplia de faire l'impossible pour lui sauver la vie; la seule idée d'être séparé d'elle lui paraissant insupportable.

Je ne sais combien de fois j'ai vu cet homme depuis, et il a toujours gardé cette même admiration pour cette épouse irremplaçable.

Je tâchai de le rassurer de mon mieux en lui expliquant que la chirurgie radicale devrait pouvoir nous aider beaucoup dans son cas mais, avec la restriction que l'évolution déjà longue de

cette maladie et l'envahissement des ganglions axillaires nous forçait malheureusement à réserver le pronostic.

Je savais bien que je lui brisais le coeur en lui parlant ainsi, mais la vérité, difficile à dire, est nécessaire souvent en médecine.

Il me donna une bonne poignée de main et me souhaita bonne chance en me suggérant de demander l'aide du Seigneur comme il le faisait lui-même. Ce couple de croyants, éduqué dans des principes foncièrement religieux, assistait régulièrement à la messe matinale.

La mastectomie eut donc lieu en septembre 1952, suivie, comme prévu, de traitements radiothérapiques selon la méthode employée dans le temps.

Et, à compter de ce moment, ce fut la lutte contre la mort.

Régulièrement, tous les deux mois, cette opérée se soumettait à un examen complet et supportait sans mot dire les inconvénients d'une surveillance aussi étroite.

Et, pendant une année entière, nous eûmes cette période de répit qui précède parfois la reprise qui s'étend au foie, aux poumons, aux os. Elle continua à mener une vie laborieuse et utile.

Déjà, à la fin de 1953, au cours d'un examen ordinaire, j'avais constaté la présence d'une adénopathie sus-claviculaire qui, sans aucun doute, comme un iceberg, n'était que la surface visible d'autres métastases profondes, imperceptibles pour le moment.

Nous décidâmes d'un commun accord de prendre une autre série de traitements radiothé-

rapiques, mais la patiente, malgré son consentement, ne se sentait plus à l'abri d'une barrière sécuritaire qu'elle avait naïvement imaginée autour d'elle depuis un an.

C'était maintenant évident qu'elle se soumettait par principe à tous les inconvénients de la thérapie profonde, mais il était facile de discerner son incrédulité dans une récupération prochaine.

Elle avait conservé, malgré tout, sa bonne humeur; elle ne manifesta jamais devant moi la moindre défaillance, répondant comme à l'accoutumée, avec son beau sourire, à mes suggestions dont la futilité devait lui paraître évidente.

A la fin de 1953, l'état général commençait déjà à être atteint, et on sentait chez cette femme si vivante il y a quelques mois, une fatigue progressive qu'elle tentait de nous cacher à son mari et à moi.

En mars 1954, il fallut l'hospitaliser à cause des douleurs métastatiques à la colonne vertébrale, dont nous espérions diminuer l'intensité avec de la radiothérapie localisée à cet endroit.

Elle avait commencé à me laisser entendre qu'elle était tout à fait consciente de son état, et que même, elle avait pris toutes les dispositions spirituelles nécessaires à ce que sa fin soit celle d'une profonde croyante, heureuse de partir pour un monde meilleur.

Sa grande tristesse était de laisser son mari absolument seul à lui survivre. Elle m'avoua à plusieurs reprises qu'elle priait sans cesse pour que l'épreuve qu'il subissait et dont l'acuité serait encore plus vive d'ici peu, ne lui soit pas trop difficile à supporter.

D'une fois à l'autre, au cours de mes visites, j'étais toujours impressionné par la soumission généreuse aux desseins de la Providence.

Vint le moment où je me demandai comment l'avertir que je ne serais sans doute pas là lors de son décès.

Déjà, depuis au-delà de six mois, nous avions projeté, mon épouse et moi, un voyage en Europe dont tout l'itinéraire était bien établi et les dates fixées bien avant que notre malade entre à l'hôpital.

Le départ devait avoir lieu le 19 avril et, au début de ce mois, les progrès de la maladie avaient été tels qu'il était maintenant manifeste que la survie ne serait pas longue.

En effet, les métastases s'étaient de plus en plus affirmées et nous avions maintenant, du côté des poumons et du foie, des lésions progressives.

C'est ce moment que je choisis pour m'asseoir tranquillement comme j'avais souvent pris l'habitude de le faire pour lui parler un peu de choses et d'autres et, souvent, de certains de mes problèmes qui, je le savais, l'intéressaient beaucoup.

Ces entretiens, parfois d'une grande banalité, avaient créé entre nous des liens d'amitié qui me rendaient encore plus pénible la tâche de lui annoncer mon départ prochain.

Un moment donné, je laissai tomber comme un fait insignifiant que bientôt, nous devions quitter Québec pour un voyage à l'étranger. J'évitais de remarquer l'intensité subite de son regard et l'agitation que cette remarque avait déclenchée.

Elle me laissa terminer, s'empressa ensuite de me dire combien elle était contente de nous voir prendre un repos bien mérité et espérait que nous puissions en bénéficier au maximum.

Elle s'enquit ensuite de la durée du voyage, et je vis sur ses traits que ma réponse l'avait grandement bouleversée.

En effet, nous partions pour six semaines, et il était bien évident qu'elle serait décédée bien avant notre retour.

D'un ton d'apparence indifférent, je pris soin de la rassurer en lui expliquant que ces six semaines n'étaient qu'une brève vacance et que nos pronostics étaient meilleurs que les siens.

Elle fit un signe affirmatif de la tête, mais le coeur n'y était plus.

Au cours des visites subséquentes, chacun évita de parler de ce départ prochain.

Pendant la dernière semaine, alors que son cas avait visiblement empiré, un moment donné, de peur de n'avoir plus la force de le faire plus tard, elle me fit des déclarations que je n'ai pu oublier depuis ce jour.

J'avais toujours considéré cette patiente comme une femme de coeur, mais je n'avais jamais soupçonné jusqu'à quel degré cela était vrai.

Au cours, donc, de cette dernière visite, elle me demanda d'une voix maintenant affaiblie, de m'asseoir et de lui consacrer quelques minutes. Elle demanda qu'on me laisse seul avec elle.

Je redoutais un peu la scène qui allait suivre. J'avais craint qu'elle eut un moment de défaillance et que c'était la raison pour laquelle

elle avait demandé aux autres de sortir.

Tout au contraire, elle avait demandé le tête à tête pour ne pas se sentir gênée et ne pas être retenue dans le témoignage de gratitude qu'elle tenait à me manifester. Elle fit état assez longuement, malgré sa faiblesse, de la qualité des soins qui lui avaient été rendus, de l'aspect psychologique et humain dont elle avait été entourée par moi "d'une façon presque fraternelle" selon sa propre expression.

Elle voulait maintenant me remercier de tout ce que j'avais fait pour elle depuis le début de sa maladie. Elle voulait également m'assurer de sa reconnaissance éternelle et me laisser savoir que maintenant que la mort rôdait déjà autour, elle savait qu'elle pourrait du haut du ciel, prier pour moi et espérer que sa prière put m'être bénéfique.

La dernière chose qu'elle me dit, c'est qu'elle avait accepté la mort depuis longtemps, fait le sacrifice de sa vie déjà depuis plusieurs mois, en l'offrant comme une prière au bénéfice des malades dans le même état qu'elle, démunis peut-être plus qu'elle de la force morale nécessaire à supporter la fin.

Enfin, elle me tendit la main, me dit: "Encore une fois merci. Et adieu ! "

J'avoue que les déclarations de cette femme forte et d'une générosité exceptionnelle m'avaient ému au point que j'étais maintenant incapable d'articuler un mot.

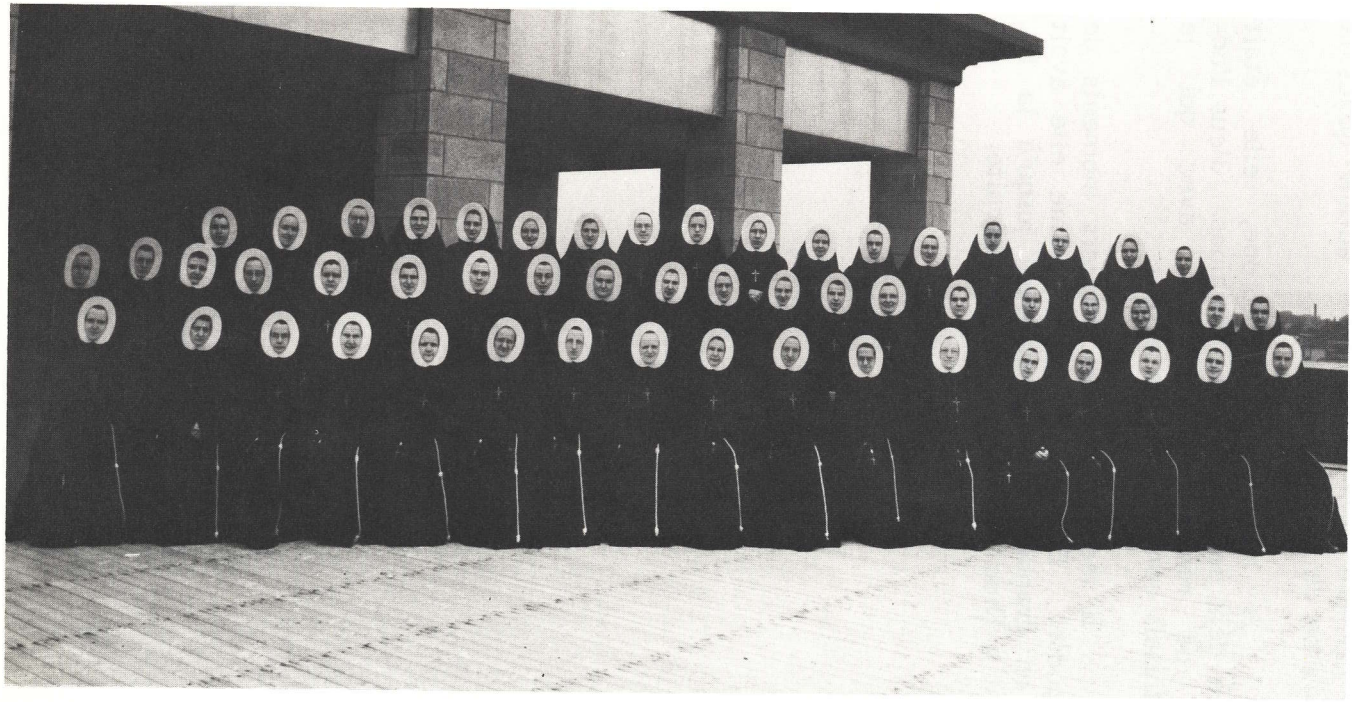
Je serrai donc sa main dans les miennes en y mettant toute mon amitié et sortis ensuite rapidement.

C'était ma dernière visite à cette femme d'un courage rare. Peu de fois, durant ma

longue carrière ai-je pu mesurer autant qu'ici la force d'âme de certains humains.

A mon retour d'Europe, elle était décédée déjà depuis quelques semaines. J'eus l'occasion de rencontrer son mari avec qui je sympathisais comme avec un parent.

Il me raconta les derniers moments de son épouse. Elle était partie comme elle avait vécu, en grande dame, courageuse jusqu'à la fin, souriant à Dieu qui lui ouvrait son éternité.



ADMINISTRATION ET
RELIGIEUSES INFIRMIÈRES 1948

L'AFFILIATION

En ce 31 décembre 1953, nous étions de nouveau tous réunis au grand salon, comme à chaque année, pour la présentation des voeux du nouvel an. Et aussi, selon l'habitude, pour passer en revue les faits importants de l'année écoulée, et tenter quelques projections pour l'année qui va commencer.

Le docteur Fortier fait état des réalisations de notre hôpital, et se réjouit du climat de bonne entente qui prévaut chez nous, allant même jusqu'à noter combien ces relations amicales facilitent le travail d'équipe.

Il signale l'augmentation constante du nombre de malades hospitalisés, et insiste également sur les nouveautés apportées dans tous les services.

Et puis, il commence à ouvrir quelques volets sur l'année qui vient.

Il souhaite que cette année soit non seulement remplie de succès pour tous, mais ajoute que de grands changements sont possibles bientôt. Ces changements, tous le pressentent déjà, ont trait à l'affiliation à l'Université.

Le rodage du nouvel hôpital s'est fait d'une façon peut-être imperceptible, mais sûrement très adéquate, et on peut dire, maintenant que 1954 va commencer, que la vitesse de croisière est atteinte, que tous les services fonctionnent rondement et en harmonie les uns avec les autres.

Des rumeurs vagues nous sont quand même parvenues de temps à autre depuis deux à trois ans, à l'effet que les autorités de l'hôpital

seraient fort heureuses de l'affiliation à la faculté de médecine de l'Université Laval, la considérant comme une promotion pour notre institution.

Ces rumeurs en inquiètent plusieurs qui n'ont pas oublié les négociations longues et pénibles auxquelles avait été soumis le personnel médical de l'Enfant-Jésus en 1947. Ce rapprochement avec l'Université en avait amené plusieurs à subir des pressions désagréables, intolérables pour certains qui tenaient au statu quo préférable à un changement malvenu.

C'étaient des gens bien en place, parfois depuis longtemps, très satisfaits du genre de médecine qu'ils pratiquaient, et qui jugeaient que l'affiliation serait une source d'inconvénients et de beaucoup de troubles.

Cependant, ils avaient dû baisser pavillon devant la majorité, et surtout devant l'entêtement irréversible du docteur Albert Paquet et du docteur Paul Poliquin qui, chef du Service de chirurgie à St-François d'Assise, était en même temps assistant dans le service correspondant à l'Enfant-Jésus.

Nous, à St-François d'Assise, lors de cet événement, nous avions été assez étonnés de l'attitude du docteur Poliquin qui, toute sa vie, avait été opposé à quelque rapprochement avec l'Université et qui, tout d'un coup, pour des raisons qui nous ont toujours échappé, était devenu un agent promoteur de la faculté.

Les opposants avaient donc été submergés par une vague de fond qui avait cristallisé l'affiliation.

Maintenant, en 1954, le docteur Poliquin n'était plus Chef de service à St-François d'Assise, ayant démissionné le 31 décembre 1951 pour des raisons personnelles.

Il n'était donc plus membre actif chez nous; il était consultant en chirurgie.

Cela ne laissait plus que le docteur Fortier pour mener la bataille de l'affiliation. L'avenir allait nous prouver qu'il la menait d'une main ferme et sans parti.

Il était supporté par les dames religieuses de l'administration et, aussi, par un certain nombre de chefs de services qui voyaient dans cet événement une amélioration sensible du statut de l'hôpital.

Cependant, un groupe de gens plus jeunes, dont je faisais partie, était assez fortement opposé à cette proposition, invoquant que nous étions maintenant les seuls à Québec, hors du giron universitaire, et que les soins administrés chez nous pouvaient rivaliser avec ceux de n'importe quel centre.

Nous n'avions qu'à nous tenir entre nous pour affermir notre position sur le réseau national des hôpitaux.

Nous avions pris l'habitude, déjà depuis plusieurs années, de travailler ensemble, en équipe, et cela donnait pleinement satisfaction. En chirurgie, le travail était de bonne qualité, avec des résultats aussi favorables que dans n'importe quel milieu.

Enfin, nous travaillions dans l'harmonie et avec sérénité. Ce n'est pas toujours le cas partout. Et, en outre, les médecins savaient qu'il faudrait d'abord former un groupe d'enseignants. Selon ce qui était stipulé dans les contrats d'affiliation, ceux-ci devaient se soumettre à un concours à l'agrégation à la faculté de médecine. Les principaux intéressés en étaient choqués.

Ils avaient donc de bonnes raisons de s'opposer.

Parmi les principales, on invoquait le danger de parachutage par l'Université de nouveaux effectifs qui prendraient éventuellement des places de choix dans nos services.

On laissait aussi entendre que la venue d'un nombre important d'étudiants à l'hôpital pourrait peut-être plus nuire qu'aider à améliorer les soins aux malades.

Comme conséquence de cette opposition, nous avions donc formé un petit groupe de réticents. Nous étions déterminés à faire valoir nos protestations et espérions faire accepter notre point de vue.

C'est ainsi que tout le premier semestre de 1954 fut consacré à de nombreuses réunions au cours desquelles les descriptions avantageuses par le président du Conseil, ponctuées de: "Il est grand temps que nous acceptions cette proposition de l'Université car, ils vont tourner les yeux ailleurs", nous laissaient entendre que nous étions en train de perdre une chance inespérée par notre attitude rébarbative.

En toute franchise, les termes du contrat étaient loin d'être inacceptables. Mais nous tenions ferme à ce que les chefs de services actuels soient acceptés tels quels, comme agrégés, sans avoir à se présenter au concours.

On l'avait accordé à l'Enfant-Jésus, alors que les négociations étaient sur le point de se rompre, et cela avait emporté le morceau.

L'Université, avec son besoin pressant de lits pour l'enseignement clinique, avait alors consenti à mettre de l'eau dans son vin.

De là à faire les mêmes réflexions, et à avoir les mêmes exigences pour notre hôpital, il n'y avait qu'un pas, et nous tenions mordicus à ce que la clause de l'agrégation soit modifiée dans ce sens.

Et alors, les négociations se sont mises à traîner en longueur. Nous avons vu graduellement le climat entre les médecins de l'hôpital se détériorer. Des altercations surgissaient maintenant entre individus qui, jusque-là, étaient liés par un but commun, les soins aux malades.

Le Président

Cela se dégrada à un tel point que, un bon jour, au début de l'été, je fus convoqué dans le bureau du président qui mit carrément cartes sur table.

Il m'affirma que pour aucune considération, il ne laisserait passer cette chance de devenir universitaire. Cette idée, il l'avait caressée toute sa vie, et il me dit sans équivoque, que nonobstant les états de service que nous avions à l'hôpital, nous devions accepter tel quel le contrat de l'Université, ou, nous n'avions qu'à faire notre petit bagage et à nous en aller comme réfractaires à l'avancement de notre milieu.

Il ne badinait pas; ses yeux jetaient des éclairs. Il n'y avait plus de doute qu'il ne cèderait pas d'un pouce et les religieuses non plus.

A l'époque, les récalcitrants ne pouvaient trouver d'appui nulle part. Il n'existait aucun organisme pour nous aider. Ou vous étiez gagnants, ou perdants.

Il termina en disant: "C'est mon dernier mot. J'en ai fini des tractations qui n'aboutissent à rien".

Ce fut avec des sentiments d'amertume que je réunis le groupe des dissidents pour les mettre au courant de cet ultimatum.

Il était manifeste que le grand patron, comme nous l'appelions encore, avec ses attaches à l'Université, ses amis, envers qui il s'était sans doute compromis, tenait à tout prix à faire de l'hôpital qu'il avait fondé, un hôpital universitaire.

Il devenait évident que nous nous battions pour rien, car aucun de nous n'avait l'intention de laisser un poste intéressant, où le

travail était agréable, dans un milieu qui était le nôtre, et avec un personnel qui nous respectait et qu'en retour, nous aimions profondément.

Nous avons été jusqu'à penser faire des contre-propositions que nous espérions faire accepter par le Conseil d'administration.

Nous aurions suggéré que le président donne sa démission en faveur de son fils, déjà dans le service, ce qui aurait probablement atténué les réactions provoquées par cette proposition.

A y penser deux fois, c'était fallacieux.

Ce n'est qu'après quelques réunions au cours desquelles nous avons résolu de faire l'unanimité, que nous nous sommes rangés du côté des plus forts.

Nous avons donc été affiliés à l'Université en 1954, aux conditions prévues dans le contrat.

Quelques membres du personnel paramédical

Je dois dire, près d'un quart de siècle après ces événements, que ce fut un grand pas dans l'avancement de l'hôpital. J'ajoute que le parachutage redouté ne s'est jamais concrétisé.

Il serait vain et faux de dire que ce fut un mariage très heureux. Il a eu son lot de grandes et de petites misères, d'erreurs et, souvent, d'infidélités.

Cependant, nous avons malgré cela, bénéficié grandement d'une entente qui, au moment de son acceptation, nous paraissait difficile à assumer.

Dès ce moment, nous avons eu l'opportunité de voir entrer dans nos services, un nombre croissant de stagiaires, externes, internes et résidents. Il a fallu se préparer à un enseignement clinique qui a transformé littéralement l'attitude des médecins. Ils se sont donnés sans compter à cette tâche, forcés de tenir à jour leurs connaissances.

Dès le début, nous avons dû nous préparer à ce concours à l'agrégation auquel nous étions tant opposés et, en 1956, six médecins de l'hôpital s'y présentaient avec succès.

C'était l'aboutissement des négociations de 1954, et le début d'une participation à la hiérarchie facultaire.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	M. Jean Jacques Minguy
TÉMOIGNAGE	Sr Pauline Frenette
PRÉFACE	Dr Paul A. Poliquin
CHAPITRE I	Historique
CHAPITRE II	Les fondateurs
CHAPITRE III	Les débuts
CHAPITRE IV	L'incident
CHAPITRE V	Le milieu
CHAPITRE VI	Le 10 août 1934
CHAPITRE VII	Le patron
CHAPITRE VIII	Le tremblement de terre
CHAPITRE IX	L'ère pré-sulfas et antibiotiques
CHAPITRE X	Le bloc opératoire
CHAPITRE XI	La crise d'hyperthyroïdie
CHAPITRE XII	La fin d'une bonne année

CHAPITRE XIII Une année de sciences de base aux Etats-Unis

CHAPITRE XIV L'assistance publique et l'indigence

CHAPITRE XV Le docteur Louis Emile Lévesque

CHAPITRE XVI La mort d'un saint

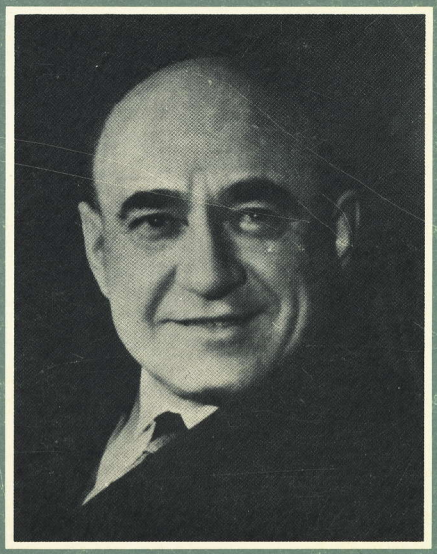
CHAPITRE XVII L'entrevue

CHAPITRE XVIII La fête

CHAPITRE XIX 1950

CHAPITRE XX Les adieux

CHAPITRE XXI L'affiliation



Dr Roland Cauchon

C'est l'histoire de quarante années
de l'hôpital St-François d'Assise,
où l'auteur a passé sa vie.
On suit l'évolution de l'institution
depuis ses modestes débuts
jusqu'à son affiliation à l'Université Laval.