
Cent cinquante ans de chirurgie viscérale

J. Barbier

5, rue du Château
Masseuil
86190 Quinçay

Côme et Damien sont les saints patrons des médecins. Ces frères jumeaux exerçaient à Egée en Asie Mineure au 2^e siècle. Leur intervention miraculeuse du remplacement d'une jambe gangrenée, amputée, par une jambe saine, prélevée sur un cadavre fait d'eux les patrons des chirurgiens et particulièrement des chirurgiens transplantateurs. Au Moyen Age, la chirurgie était exercée par des barbiers chirurgiens. La confrérie la plus célèbre au 13^e siècle était celle de Saint Côme et Saint Damien. Plus tard, d'autres confréries seront créées : celle des barbiers chirurgiens de robe courte, puis celle des chirurgiens de robe longue.

Les précurseurs de la chirurgie viscérale sont incontestablement Pierre-Joseph Dessault qui, en 1791, réalisa la première exérèse thyroïdienne et Jean-François Reybard, qui, en 1833, pratiqua la première colectomie.

HIER

Avant 1900

Tout a commencé dans la deuxième partie du 19^e siècle. Alors, on peut vraiment parler de **révolution chirurgicale**. Cette révolution a été l'application à la chirurgie de trois grandes découvertes : l'utilisation de l'anesthésie générale, la lutte contre l'infection, le contrôle de l'hémostase. Ces trois grandes découvertes ont enfin permis de pratiquer une chirurgie réglée correcte.

L'anesthésie : les opiacés, l'alcool à forte dose tentaient de calmer les opérés. C'est à Boston, au Massachusetts general hospital qu'ont été pratiquées les premières anesthésies. Un jeune dentiste américain, Horace Wells, utilisa en 1844 le protoxyde d'azote (N₂O). Ce fut un échec. Deux ans plus tard en 1846, un médecin, William Morton, utilisa l'éther permettant au chirurgien John Warren l'exérèse d'un gros angiome du cou. L'anesthésie générale était née, permettant toutes prouesses chirurgicales.

L'infection. trois noms sont à retenir : Pasteur, Lister,

Semmelweis. Le scientifique Louis Pasteur a défini et prôné l'asepsie imposant les principes de la stérilisation. Le chirurgien Joseph Lester, d'origine londonienne exerça en Ecosse à Edimbourg, puis à Glasgow. Il fut le défenseur de l'antisepsie, couramment utilisée. Enfin, le médecin Ignace Semmelweis (L.F. Céline lui consacra sa thèse de doctorat) d'origine hongroise, exerça à Vienne et surtout à Budapest. Il imposa le lavage des mains pour lutter contre la « fièvre puerpérale ». Les gants chirurgicaux, notamment en caoutchouc, s'imposèrent à la fin du siècle. L'asepsie, l'antisepsie, le lavage des mains, tous trois associés, permettaient de lutter contre les complications infectieuses.

L'hémorragie. le contrôle de l'hémorragie était assuré par la cautérisation, la ligature, la forcipressure. La mise au point de pinces à hémostase permit une hémostase plus fine et plus soignée. A la fin du 19^e siècle, Karl Landsteiner découvrit les groupes sanguins (système ABO) ; plus tard fut découvert le facteur Rhésus. Les transfusions compatibles furent alors possibles, sauvant ainsi de nombreux opérés présentant une grande hémorragie.

1900-1950

Les grandes découvertes du 19^e siècle permettaient la chirurgie moderne du 20^e siècle et ses prouesses technologiques. Il faut parler des exérèses, des réparations et de « l'apport » des guerres.

Les exérèses : c'est le triomphe des grandes exérèses chirurgicales : gastrectomie, colectomie, thyroïdectomie. Il faut citer les noms de Théodore Kocher, de Christian Billroth, de Jules Péan.

Les réparations sont bien codifiées. Malgré les controverses politiques, il faut rendre hommage à Alexis Carrel. D'origine lyonnaise, il fit sa carrière aux Etats-Unis notamment au Rockefeller institute. Ses remarquables travaux sur les sutures vasculaires, ouvrant la porte aux réparations artérielles et aux transplantations d'organe lui

valurent le prix Nobel en 1912.

Les guerres ont été, malheureusement, un apport considérable pour la chirurgie.

1914-1918. Des modifications tactiques et des améliorations techniques sont à souligner. Au début du conflit, persistait le principe de la balle « humanitaire ». Le projectile des armes à feu était considéré comme stérile. Les plaies n'étaient pas systématiquement opérées. Trop de morts, par gangrène ou par péritonite, ont fait systématiquement opérer les plaies après 1916. Les salles d'opération dans les tranchées étaient fort mal éclairées, par des piles, par des batteries, par des lampes à acétylène. La mise au point du scialytique a été un apport considérable.

1939-1945. Le Service de santé des armées américaines a fait connaître l'utilisation de deux grands progrès : les antibiotiques, l'intubation trachéale. La pénicilline luttait efficacement contre toutes les infections, notamment anaérobie. L'intubation trachéale permettait l'anesthésie en circuit fermé avec ventilation permettant toutes chirurgies, notamment thoracique.

Après 1950

Il faut parler des prothèses, des transplantations et des « nouvelles technologies ».

Les **prothèses** sont utilisées en chirurgie viscérale au niveau pariétal (hernie, éventration), ou comme endoprothèses, notamment biliaires.

Les **transplantations** d'organe sont de pratique courante depuis près de 40 ans : surtout rein (1959), et foie (Thomas Starzl 1968), beaucoup plus rarement pancréas, grêle, multiviscère.

Les « **nouvelles technologies** » : deux d'entre elles paraissent essentielles, la vidéoscopie et les agrafages mécaniques. La vidéoscopie peut intéresser l'abdomen, le thorax, les articulations. L'exploration peut être associée à un acte chirurgical. C'est une nouvelle voie d'abord, évitant les grandes voies d'abord et leurs complications pariétales. Les pinces à autosutures permettent de réaliser assez simplement et avec sécurité des anastomoses, surtout digestives, par agrafage.

AUJOURD'HUI

bénéficie des acquis anciens et des progrès récents modifiant les explorations, les matériels et les tactiques.

Les explorations

modernes sont en perpétuel progrès : exploration endoscopique, exploration ultrasonique (échographie, échodoppler, écho Doppler) explorations radiologiques (scanner, IRM). La tomographie par émission de positons (Pétscan) permet de détecter de façon très précoce les récidives ou les métastases de certaines tumeurs. Ces progrès ont un coût financier considérable.

Les matériels

assurent la sécurité en étant plus performants, mais ils sont plus onéreux, souvent à usage unique (sutures mécaniques, bistouri électrique, dissecteur à ultrasons). L'é-

chographie peropératoire est d'usage courant. L'utilisation de radiofréquence ou de cryothérapie permet le traitement de certaines métastases hépatiques. L'ordinateur est entré dans nos salles d'opération pour assister le chirurgien (CAO : chirurgie assistée par ordinateur). Le robot franchit aussi la porte de nos salles d'opération, posant un double problème : celui du financement et celui de la responsabilité.

Les tactiques

ont évolué. La chirurgie est un travail d'équipe, imposant une collaboration médicochirurgicale notamment gastroentérologique et radiologique. Pas de chirurgie lourde sans collaboration avec l'anesthésiste et le réanimateur. Pas de chirurgie du cancer sans collaboration du radiothérapeute et de l'oncologue.

DEMAIN

peut être envisagé sous trois rubriques : l'exercice, la recherche, l'enseignement.

L'exercice

de la chirurgie doit tenir compte des thérapeutiques interventionnelles non chirurgicales. Les endoscopistes savent mettre des prothèses, enlever des polypes. Les radiologues savent drainer des collections, placer des endoprothèses. Mais la chirurgie n'est pas « morte » et restera, et pour encore longtemps, indispensable en cas de traumatisme, en cas de suppuration, en cas de cancer.

La recherche

en chirurgie continuera à assurer des progrès en biomécanique, en biocompatibilité, en hérédité. Le succès des transplantations bénéficie des nouvelles molécules antirejet, des nouvelles pratiques de conservation, des espoirs des xéno greffes. L'étude de l'hérédité des cancers apporte plus d'inquiétude que de solution. Cependant, le traitement préventif est justifié dans les familles BCRA (cancer du sein et de l'ovaire) et HNPCC (cancers coliques familiaux non adénomateux).

L'enseignement

des futurs chirurgiens doit rester classique. Internet et vidéo ne remplaceront jamais la pratique. La dissection anatomique sur cadavre reste un prérequis indispensable. La chirurgie (travail de la main) reste un artisanat qui s'apprend par compagnonnage en voyant faire et en faisant. Clovis Vincent (médecin puis neurochirurgien, spécialité apprise avant la guerre de 1939 à Boston auprès d'Harvey Cushing) écrivait « le chirurgien doit être entraîné comme un champion olympique et avoir renoncé à presque tout comme un trappiste ».