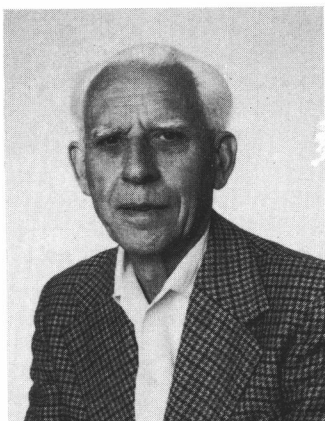


## **Allocution prononcée par le Pr André CORNET,**

nouveau président de la Société, le 21 février 1987



Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu rappeler les principales étapes de ma carrière hospitalo-universitaire et je tiens à vous exprimer ma vive gratitude pour cette marque de courtoisie à laquelle j'ai été sensible. Ni les recherches cliniques, ni les publications scientifiques n'auraient conduit celui qui vous parle à briguer un jour la présidence de la Société française d'Histoire de la Médecine, si l'amitié de nombreux collègues n'était intervenue pour forcer sa décision. Ainsi, permettez-lui d'adresser aujourd'hui ses plus chaleureux remerciements à tous ceux qui lui ont apporté leurs suffrages.

Lorsqu'autrefois Robert Fasquelle et Émile Gilbrin avaient parrainé mon admission à votre Société, Pierre Durel s'associait par sa bienveillante complicité à la démarche de nos deux amis. En contrepartie, j'étais décidé à suivre ponctuellement vos réunions mensuelles. Très vite, je constatais qu'il me faudrait beaucoup d'assiduité pour atteindre votre érudition. Puis-je vous dire à ce propos, monsieur le Président, mon admiration pour les travaux que vous avez poursuivis dans le cadre de l'École Lyonnaise d'Histoire de la Médecine. A Paris comme à Lyon vous nous avez apporté la preuve de votre autorité incontestée. En comparaison, la part que j'ai consacré à l'Histoire de la Médecine est modeste. Je la dois à l'homme distingué et bienveillant auprès duquel j'ai travaillé pendant un vingtaine d'années — vous avez tout à l'heure prononcé son nom : François Moutier, gastro-entérologue réputé, était un bibliophile averti et passionné.

Je ne puis évoquer sa mémoire sans voir aussitôt sa silhouette penchée à sa table de travail dans son bureau entièrement tapissé, du plancher au plafond, de livres médicaux anciens aux reliures magnifiques. Sa bibliothèque était connue de tous les

amateurs d'ouvrages rares et précieux. Il n'hésitait cependant pas à confier les plus recherchés d'entre-eux à des sollicitateurs désireux d'illustrer certaines expositions consacrées aux médecins et à la médecine des siècles passés. A sa mort, survenue en 1961, j'ai reçu en legs de par sa volonté et la générosité de son fils, mon ami Jean Moutier, une partie de ses livres du XIX<sup>e</sup> siècle.

Parmi ceux-ci, je garde avec vénération le traité de Désormeaux, paru en 1865 à la librairie Baillière et dévolu à l'endoscopie. Son auteur, chirurgien de l'hôpital Necker, fut à coup sûr en 1853 le créateur de cette nouvelle technique d'exploration viscérale ; on sait la fortune que connut depuis le terme d'endoscopie presque aussitôt adopté par le corps médical. Pourtant, Désormeaux ne fut pas le premier médecin endoscopiste. Les amateurs de sémantique se souviennent des savantes recherches d'Alain Ségal parues dans notre revue d'Histoire de la Médecine, établissant l'antériorité de Bonnafont, médecin militaire de 1<sup>re</sup> classe, inventeur du premier otoscope. Plus de vingt ans avaient séparé le travail princeps de ce dernier et les publications de Désormeaux à l'Académie de médecine. Les appareils de l'un et de l'autre procédaient du même principe et pourtant seul le nom du chirurgien de l'hôpital Necker devait passer à la postérité, tandis que Bonnafont demeurait injustement oublié.

De fait, dès qu'il apprit la découverte de Désormeaux, le médecin allemand Kussmaul dépêchait à Paris l'un de ses élèves, et faisait aussitôt après construire un appareil de conception analogue mais beaucoup plus long puisqu'il atteignait 47 centimètres. Ce nouvel endoscope pouvait, selon Kussmaul, permettre d'explorer l'œsophage et l'estomac. Avec beaucoup de prudence, faut-il le souligner, le maître de Fribourg-en-Brisgau allait choisir un avaleur de sabres comme sujet d'expérience... L'épreuve fut subie avec succès par un patient rompu à ce genre d'exercices.

A partir de ces premières données, permettez-moi, Mesdames et Messieurs, de vous entraîner rapidement à travers les dernières décennies pour parcourir les étapes successives de l'endoscopie digestive promise à une étonnante destinée.

Après Désormeaux, de nombreux cliniciens, je vous ferai grâce de leurs noms, inventèrent des appareils plus ou moins ingénieux, les uns rectilignes, d'autres incurvés à leur extrémité, presque tous rigides et donc dangereux car les risques de perforation œsophagienne étaient considérables. Le premier obstacle rencontré à la bouche de Killian, ou jonction pharyngo-œsophagienne, était présenté par le muscle constricteur inférieur du pharynx, le second, tout aussi redoutable, se trouvait au passage du cardia en raison de l'excentration gastrique par rapport à l'axe œsophagien. L'on comprend assez bien pourquoi Jean Rachet, élève du Raoul Bensaude, auteur d'une thèse remarquable sur la gastroscopie soutenue à Paris en 1926, refusa obstinément au cours de sa carrière de procéder lui-même à toute tentative de gastroscopie. Pourtant, en 1932, l'avenir de la méthode allait changer du tout au tout. Après de longues et patientes recherches, Rudolf Schindler, de Munich, faisait construire par la maison Wolf, de Berlin, un appareil semi-flexible à vision latérale et éclairage électrique distal.

Par un jeu de cinquante-deux lentilles articulées entre elles, l'endoscope gainé en partie de caoutchouc, se prêtant donc à une introduction aisée, donnait une assez bonne vue de la cavité gastrique. Par la suite, la luminosité fut améliorée grâce aux optiques fluorées de la société française O.P.L. Le couplage du gastroscopie avec un

appareil photographique, permettait bientôt de prendre des clichés en couleur au flash électronique construit par la même société O.P.L., à l'incitation de mon ami le Pr Charles Debray.

La gastroscopie accédait ainsi au rang des examens complémentaires d'usage courant. François Moutier en fut, en France, le pionnier. Entre les deux guerres, il montra combien les informations données par l'examen gastroscopique complétaient celle de la radiologie. La gastroscopie prenait un intérêt essentiel pour le dépistage des lésions superficielles, voire inapparentes, des faces de l'estomac devenues dès lors accessibles au regard du spécialiste. Bientôt la biopsie orientée sous le contrôle de la vue apportait son concours au diagnostic irremplaçable de l'histologie.

Toutefois, certains segments de la cavité gastrique demeuraient encore inaccessibles à l'opérateur. C'était le cas de la calotte tubérositaire et parfois de l'angle de la petite courbure. Pour pallier ces inconvénients, Holweg puis Korbsch avaient tenté, sans grand succès, de faire construire des objectifs à rétro-vision. A partir des années 60, de fabuleux progrès allaient transformer la technique endoscopique grâce à la mise sur le marché de fibres optiques en verre initialement fabriquées en France. Groupées en faisceaux, ces fibres, de la dimension d'un globule rouge, transportaient la lumière d'une source électrique extérieure à l'appareil et permettaient d'éclairer au mieux la cavité gastrique. Un second faisceau parallèle au premier reprenait l'image impeccablement amenée jusqu'à l'oculaire quelle que fut la courbure imposée par l'opérateur. Ces appareils, d'une extraordinaire souplesse, orientés par un système de manettes, pouvaient être coudés à l'angle aigu et se déplacer dans tous les plans de l'espace. La calotte tubérositaire apparaissait en totalité, le pylore était aisément franchi et le duodénum exploré presque en entier laissait découvrir la papille que pour la première fois en 1968, Marc Cune devait cathétériser, à l'aide d'une sonde passée dans un canal latéral de l'appareil. En procédant à l'injection d'un liquide iodé poussé par voie rétrograde, la radiographie de voies biliaires comme celle du canal de Wirsung devenait possible même en cas d'obstacle rétionnel.

Avec les gastrites, la gastroscopie allait trouver l'un de ses principaux champs d'application. C'est à Broussais que l'on doit la description clinique des gastrites signalée dans la première édition de son « histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques » parue en 1808. Dans un très belle et toute récente publication notre collègue, le Dr Michel Valentin, a montré l'intuition parfois géniale dont a fait preuve Broussais. Pourtant la chance ne devait pas le servir pour la confrontation anatomo-clinique des gastropathies inflammatoires; les vérifications post-mortem faites par Broussais l'ont amené à décrire la muqueuse d'un cadavre et non celle d'un vivant. Il n'empêche que Broussais a eu le mérite de parler le premier de lésions organiques inflammatoires susceptibles d'expliquer des phénomènes jusqu'alors invisibles, faute de moyens matériels suffisants pour les dépister.

Si William Beaumont, chirurgien canadien, se montra lui aussi un précurseur, ce fut en observant dès 1830 à travers la fistule gastrique que présentait à la suite d'une blessure son domestique, Alexis Saint-Martin, les variations de couleur et d'aspect de la muqueuse de l'estomac. Selon l'humeur de ce dernier, ses inquiétudes ou ses colères, on pouvait voir apparaître une importante vasodilatation active, ou dans le cas contraire une coloration beaucoup moins soutenue de la paroi interne gastrique. Ainsi se manifestaient les effets du système neurovégétatif sur les capil-

lares muqueux. Ce qui était vrai en 1830 l'est encore aujourd'hui. On sait à quelles lésions ces variations peuvent donner lieu au cours de l'expérimentation sur l'animal et déboucher *in fine* sur l'hypersécrétion acide et l'ulcère de contrainte.

Simple méthode d'exploration à ses débuts, l'endoscopie digestive allait devenir ultérieurement l'un des éléments essentiels d'une véritable technique opératoire. La destruction à l'anse diathermique de polypes de l'estomac et du cadre colique, sous contrôle endoscopique, entrait bien vite dans la pratique courante pour la prévention du cancer.

La lithiase cholédocienne n'exige plus aujourd'hui une laparotomie pour obtenir la guérison. Elle peut être curable après sphinctérotomie oddienne endoscopique. Cette méthode rapide et peu dangereuse est encore réservée aux sujets âgés et fragiles, exposés aux complications post-opératoires de l'intervention chirurgicale. Plus récemment le laser a permis de réséquer sous contrôle endoscopique des tumeurs malignes sténosantes inopérables de l'appareil digestif. D'autres progrès ont porté sur la mise en place de prothèses internes pour rétablir la continuité du flux biliaire en cas de néoplasie pancréatique.

Le Pr Pierre Huard avait souhaité, peu avant sa mort tragique, diriger la rédaction d'un traité d'histoire de la médecine digestive. L'endoscopie y aurait tenu une place importante, mais ce projet n'a pas eu de suite. Du moins ai-je pu aujourd'hui indiquer ici à grands traits les principales étapes marquées dans cette spécialité au cours des dernières décennies.

Avant de terminer mon discours, qu'il me soit permis de remercier le médecin-général Lefebvre qui a bien voulu accepter la vice-présidence de la Société. Nous apprécions tous sa parfaite aménité et son immense culture. Sa présence parmi nous est un garant pour l'avenir du bureau. Que le Dr Comiti sache qu'il sera secondé dans la lourde tâche qui l'attend au secrétariat mon cher ami le Dr Pierre Durel voudra bien le faire bénéficier de sa longue expérience à cette place. Nos amis Alain Ségal et Postel pourront s'épauler mutuellement aux côtés de M. Comiti. Depuis longtemps, la compétence des trésoriers, les Dr P. Goubert et P. Thillaud a permis d'assurer par une parfaite gestion, l'équilibre des finances de la Société. Qu'ils en soient félicités. Confiées à Mme Samion-Contet, les archives bénéficieront désormais d'un impeccable classement.

Veillez, mes chers collègues, accepter mes excuses pour ce long exposé auquel je joins mes remerciements pour la patience que vous m'avez manifestée.