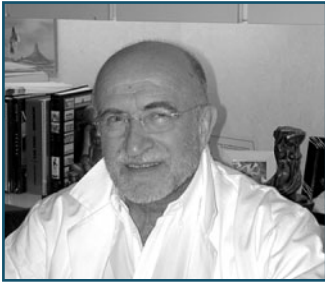


15 OCTOBRE 1973, CLINIQUE LA PERGOLA À VICHY :



Hubert Manhès

Le jour où...

j'ai opéré la première grossesse extra-utérine par coelioscopie

15 octobre 1973, il est midi, je pénètre au bloc opératoire de la clinique la Pergola à Vichy où je suis installé Gynécologue Accoucheur depuis 1968.

À cette heure je suis autorisé à me distraire avec mon coelioscope et j'ai de fortes chances de pouvoir bénéficier d'une salle sans déranger le programme réglé des chirurgiens. Souvenez-vous, dans ce temps-là, on admet que la coelioscopie peut apporter quelque précision dans le diagnostic d'une pathologie abdominale, on tolère qu'elle puisse précéder l'acte chirurgical thérapeutique mais jamais, au grand jamais, elle ne peut se substituer à lui, cet acte dont l'efficacité et la beauté passe par une ouverture dont la grandeur est une fonction de la réputation du chirurgien. La coelioscopie est dans l'attente de ses lettres de noblesse chirurgicale et pour y parvenir le chemin va être long : 30 ans.

Je ne suis pas à l'aise dans ce bloc et je sens très bien que ce petit trou dans le nombril aux fins d'aller regarder seul et sans témoins des choses que l'on a de la peine à imaginer ne captive personne. Pourtant, depuis un certain temps, j'ajoute un ou deux orifices supplémentaires au travers desquels je passe des instruments bizarres, bricolés par des individus qui ont commencé à ressentir les mêmes démangeaisons chirurgicales que moi : Palmer, Mintz, Fraggenheim, Seem, Steptoe, Abeille... Je peux, comme eux le font déjà, palper, couper, ponctionner, coaguler des trompes ou des ovaires. La suspicion à mon égard dans ce bloc opératoire n'en est que plus grande et je persiste à déranger.

15 octobre 1973, il est midi 15 minutes, la patiente que l'on installe sur la table d'opération est ma patiente. Elle a été admise le matin même pour une forte suspicion de grossesse extra-utérine (GEU). Le tableau clinique est classique, les β HCG sont positifs. L'indication opératoire est formelle. Alors pourquoi faire une coelioscopie ? Cette question, je la lis sur le front de tous les acteurs de la salle. J'ai comme l'impression d'en faire un peu trop. Et pourtant je pense depuis un certain temps à la possibilité d'aller plus

loin. Ouvrir la trompe, aspirer l'œuf et partir. Ouvrir la trompe, faire une césarienne tubaire : il existe un instrument muni à son extrémité d'une anse diathermique et qui sert à faire des décortications ovariennes dans les ovaires sclérokystiques. L'anse sera réduite par pincement pour en faire une pointe. Elle va me servir à ouvrir la trompe par électrosection. Aspirer l'œuf : une sonde gastrique de 6 mm dont l'extrémité, taillée en biseau, sera reliée à l'appareil d'aspiration du bloc. Le matériel est dans une boîte spéciale prête pour le grand jour.



"Avant les caméras", L'aspiro-laveur Triton

15 octobre 1973, il est midi 30 minutes, la patiente est anesthésiée et intubée. Le pneumopéritoine est installé en hypochondre gauche avec l'aiguille de Palmer. L'insufflation du CO_2 est contrôlée manuellement à l'aide de l'appareil Pangynor. Tout va bien pour le moment. L'anesthésiste est détendu. Il ne connaît pas mes intentions exactes, moi non plus d'ailleurs. J'attends d'avoir vu les conditions anatomiques locales.

Le trocart est introduit au travers d'une incision intra-ombilicale. Suspense, l'optique glisse dans la chemise du trocart et je n'y vois que du rouge. Je pense déjà à une

inondation péritonéale et à la conversion. Une compresse alcoolisée a raison du voile hémattique de l'optique et nous voici de nouveau à l'intérieur. Cette fois-ci la vision est parfaite et j'ai un petit pincement au cœur en découvrant une grossesse extra-utérine droite. Elle est belle et s'inscrit dans les limites d'opérabilité que je me suis fixées. L'hémopéritoine est modéré, environ 150 à 200 cc de sang lysé noir au niveau du Douglas. La grossesse extra-utérine est ampullaire droite non rompue et elle fait 3cm de diamètre. Sa cause est évidente. Il s'agit d'une adhérence unissant le bas-fond cœcal à l'isthme tubaire droit, séquelle de l'appendicectomie.

Dans la salle tout le monde est informé du diagnostic et je peux percevoir un soulagement sous la forme d'un léger brouhaha annonciateur de la conversion imminente. J'en profite pour faire voir la GEU à l'anesthésiste, histoire de le prendre à témoin.



Salpingotomie à l'anse diathermique

15 octobre 1973, il est midi 45 minutes, je m'entends dire clairement : voulez-vous m'apporter la boîte marquée GEU ? Elle arrive dans un silence interrogateur.

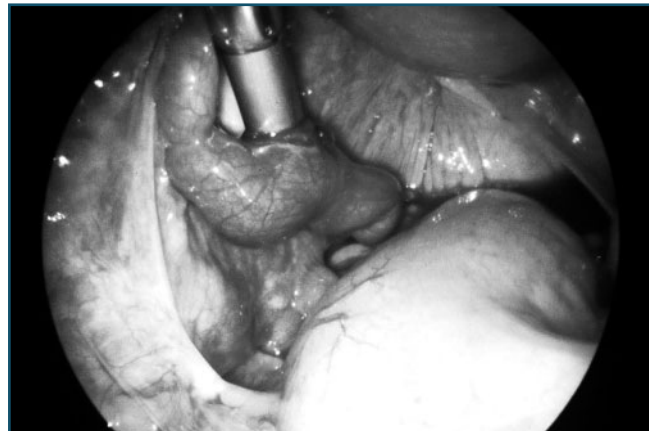
Je place un trocart de 7 mm en fosse iliaque gauche à 2 cm en dedans de l'épine iliaque antérieure pour le tuyau d'aspiration et un trocart de 5 mm à droite du côté de la GEU, dans la cicatrice d'appendicectomie. Tout est bien rangé dans ma tête, je me suis passé le protocole opératoire deux cents fois. L'anse du palpateur est écrasée pour ne faire qu'une pointe et branché au générateur réglé au plus bas degré. L'incision va se faire sur la partie proximale et antimésiale de la trompe, sachant que la grossesse tubaire se pédiculise en aval, à partir de son implantation. L'instant crucial est arrivé et personne ne voit ce que je vois. La pointe est posée sans appui sur la trompe et trace une ligne qui me paraît idéale. Tout en refaisant le même trajet, j'appuie sur la pédale du bistouri. La trompe s'ouvre, les berges s'écartent et ho ! Miracle, la grossesse vient faire hernie par l'orifice de salpingotomie. Il n'y a plus qu'à cueillir avec l'aspirateur. La première tentative vide le pneumopéritoine. La deuxième sera la bonne. Le tube



Enucléation de l'œuf

biseauté passe l'orifice de salpingotomie, pénètre sans difficulté à l'intérieur de la trompe et assure dans une seule aspiration la vacuité tubaire. C'est magique, l'œuf et les débris sanguins périphériques passent lentement dans le tube d'aspiration.

C'est fini. Je retire le tube, l'orifice de salpingotomie ne saigne pas. Je passe une demi-heure à laver le péritoine au travers de la canule d'aspiration. Je termine par une petite adhésiolyse entre trompe et bas fond cœcal. J'ose espérer qu'elle évitera la récurrence.



Curetage, aspiration de la G.E.U.

15 octobre 1973, il est 13 heures 30 minutes, c'est fini et je ne peux résister plus longtemps au plaisir de faire voir le résultat à mon anesthésiste témoin. Il n'en revient pas et me pose immédiatement les deux questions que j'entendrai pendant 25 ans. L'hémorragie va-t-elle reprendre à l'arrêt de l'insufflation ? Mais tu ne fermes donc pas cette trompe ? En fait ce ne sont pas des questions. Cela ressemble à la critique d'une façon de faire, certes élégante et rapide, mais qui n'est pas inscrite dans les bonnes manières chirurgicales. La GEU est une pathologie sérieuse et dangereuse dont le traitement doit rester sérieux. La laparotomie reste la seule alternative raisonnable. Je reste

l'œil vissé à l'optique un long moment encore. Rien ne saigne, tout est calme. La première question de mon anesthésiste tourne dans ma tête. Je demande un Redon que je glisse au travers du trocart de droite et dont l'extrémité va au fond du cul-de-sac de Douglas. J'enlève les deux trocarts opératoires. Un dernier coup d'œil, l'optique est retirée presque à regret ainsi que son trocart. Je regarde l'anesthésiste qui, sans un mot, coupe les gaz et se prépare à extuber la patiente.

15 octobre 1973, il est 14 heures. J'ai le sentiment qu'il vient de se passer quelque chose d'important dont je ne mesure encore pas toutes les répercussions. Je sais par contre que le plus dur reste à faire: convaincre mes pairs. Une phrase d'Ernst Heackel me revient maintenant: "le plus difficile n'est pas de connaître la vérité mais de la substituer à l'erreur".



*Cicatrice spontanée biologique
de la salpingostomie au bout de quelques semaines*

Dans l'immédiat, la patiente se réveille sans problème. Elle est reconduite dans sa chambre. Et à partir de ce moment commencent les 24 heures de veille les plus longues de ma carrière professionnelle. Le flacon de Redon fait l'objet d'une attention de tous les instants à tel point que la patiente elle-même essaye de me rassurer sur son excellent état de santé. Je lui explique, bien sûr, sa GEU et le caractère novateur de son traitement.

Elle quittera la clinique au bout de deux jours après l'ablation du drain. Elle a eu depuis deux enfants et nous avons gardé les meilleures relations du monde.

Épilogue: Cette journée aura été le tournant décisif de ma carrière. Comme tous les novateurs, je sortais du rang et devenais contestataire de l'ordre établi. J'étais pourtant convaincu que ce geste simple et efficace était annonciateur d'une fantastique révolution dans la chirurgie abdomino-pelvienne. J'entrais de ce fait en conflit avec l'ensemble de ma corporation. Cette situation, loin d'être limitative dans mon exercice professionnel, l'a "boosté". Je n'ai eu de cesse que de trouver un industriel capable de construire les instruments dont je rêvais, Christian Boutmy gestionnaire de Micro France puis Karl et Sybill Storz.

Grâce à cette fameuse journée j'ai rencontré l'homme de communication et d'action qui a porté haut et loin cette nouvelle chirurgie, Maurice Antoine Bruhat. Il m'honore de son amitié. J'ai voyagé à la rencontre de médecins de tous les continents qui m'ont apporté autant sinon plus que je leur apportais. Je ne pouvais pas souhaiter meilleur tourisme. Ils ont depuis fondé chez eux des écoles capables de promouvoir cette nouvelle façon de faire.

Je suis reconnu, et j'en suis fier, comme un pionnier de cette chirurgie dont on peut dire maintenant qu'elle est plus douce, moins douloureuse, plus économique, plus près des intérêts de nos patients, en un mot plus biologique. J'en suis arrivé au concept de BIOCHIRURGIE.

*Hubert Manhès
15 octobre 2003*