Raoul Palmer et l'aventure cœlio-chirurgicale de 1940 à 1995 *

par Gilbert SCHLOGEL **

L'histoire de la coelioscopie gynécologique commence en France, dans les années 1940, et Raoul Palmer en fut l'un des principaux initiateurs.

Pour comprendre la genèse de cette technique, il faut se replacer dans le contexte de cette époque et se souvenir d'une pathologie aujourd'hui presque disparue.

Une femme en mal d'enfant vient consulter, pour un problème, hélas banal. "Tombée" enceinte trop jeune, elle a eu recours à une faiseuse d'anges qui a pratiqué ce qu'on appelait alors un avortement clandestin dont les suites immédiates ont été houleuses. Puis tout est rentré dans l'ordre. Maintenant qu'elle a régularisé sa situation matrimoniale, elle souhaiterait avoir des enfants. Malheureusement elle est devenue stérile. L'hystérosalpingographie montre une obstruction bilatérale des trompes utérines. Que faire ?

Raoul Palmer était un des spécialistes de cette chirurgie tubaire débutante. Mais il savait que pour avoir quelques chances de succès, la réparation ne pouvait s'attaquer qu'à des lésions limitées. Bien souvent, les dégâts constatés lors de l'opération étaient tels que le chirurgien devait battre en retraite. On imagine la déception de ces jeunes femmes qui venaient de subir une ouverture abdominale et qui s'entendaient dire, au réveil, que l'obstruction constatée était au-dessus de toute ressource chirurgicale...

Choqué par cette pratique trop fréquente, il consacra ses efforts à la mise au point d'une technique d'exploration non invasive. Ainsi naquit la *cœlioscopie*. Cette investigation endoscopique à moindre frais avait donc, à l'origine, une fonction purement compationnelle. Eviter une laparotomie qui, risquerait de n'être pas suivie d'un geste thérapeutique.

Personne n'imaginait alors que cette méthode, artisanale à l'origine, et longtemps méprisée, allait faire l'objet de l'engouement fantastique de ces dernières années. Aujourd'hui, la cœlioscopie est devenue cœliochirurgie, et elle s'est tellement développée que certains chirurgiens se demandent s'il est encore licite de proposer à un malade... de lui ouvrir le ventre!

---

* Comité de lecture du 27 mai 1995 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Le mas Saint-Yé, 13116 Vernègues

Raoul Palmer (1904-1985)

L'histoire de la cœliochirurgie se confond d'abord avec la biographie d'un homme d'une remarquable originalité morale et scientifique, Raoul Palmer, né à Paris le 29 août 1904.

Le fait même que cet événement ait eu lieu dans la capitale française augurait un destin d'exception, car, en toute logique, le jeune Raoul aurait dû naître suédois à Göteborg.

Ses parents étaient déjà des personnages hors du commun, et ils allaient marquer son existence du sceau de cet humanisme anticonformiste et rigoureux dont il fera sa règle de vie. Fritjof Palmer, son père, était philosophe et poète. Il enseignait la littérature dans cette charmante ville universitaire de Göteborg et militait pour le développement des droits de l'homme. Il s'illustra notamment en s'élevant contre l'archaïque législation suédoise du mariage qui ne pouvait être légalement célébré, que sous l'égide de l'Eglise d'Etat. Refusant l'obligation du mariage religieux, et conformément à ses idées, c'est devant un simple notaire qu'il épousa une étudiante en philosophie qui s'appelait Signe Garling. Cet acte d'indiscipline fit scandale et le jeune couple rebelle fut chassé de l'Université.

Révoltés par une telle tyrannie, Fritjorf et Signe décidèrent de s'expatrier. Ils vinrent s'installer à Paris où naquit, quelques mois plus tard, le jeune Raoul Fri Palmer, "Fri" signifiant liberté ! Le futur gynécologue, marqué à jamais, justifia, sa vie durant, son attachement à ce prénom et conserva comme ses parents, une liberté d'esprit qui fera sa célébrité.

Sa mère joua un grand rôle dans son éducation. C'est d'elle qu'il tira sans doute ce respect de la femme qui caractérisera sa carrière. Alors que le conflit de 1914 commençait à ensanglanter l'Europe, elle écrivit une série de reportages sur la condition féminine en temps de guerre, allant jusqu'à devenir ouvrière dans une usine d'armement. Dans le même temps elle enseignait à son fils l'amour de la nature, lui donnant ainsi sa première passion. Si bien que le premier diplôme universitaire du jeune Raoul fut un certificat de Botanique et de Zoologie, et il obtint une licence de sciences en 1925.

Puis ce furent les études de médecine, brillantes évidemment. Pendant son internat, Raoul Palmer se sentit attiré par une discipline guère prisée à cette époque, la chirurgie expérimentale. Il entra ainsi au laboratoire de Noël Fiessinger et passa sa thèse en 1934 sur "La physio-pathologie du foie et des vaisseaux hépatiques". Nous sommes encore loin de la gynécologie !

Mais la machine à forger les destins s'était mise en route. C'est ce même Fiessinger qui va conseiller à Robert Proust, successeur de Jean-Louis Faure à la chaire de gynécologie de l'hôpital Broca, et frère de l'écrivain, de prendre avec lui le jeune chercheur. Celui-ci, à sa grande joie, devient donc "Chef des travaux de gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris" en novembre 1934. Entré à 30 ans dans le célèbre hôpital de la rue de la Glacière, il y restera presque un demi-siècle, servant sous Proust, Brocq,

Mocquot, Funck-Brentano et Huguier. Remarquons, en passant que, pendant toutes ces années, personne, à Paris, n'eut l'idée de faire de cet homme d'immense talent un "patron" à part entière. Raoul Palmer dut se résigner à n'être qu'un des gynécologues les plus célèbres du monde.

Si Raoul Palmer est justement reconnu pour ses travaux sur la cœlioscopie, il n'en est pas, pour autant l'inventeur. Pour rendre à César ce qui est à César, quelques rappels d'histoire sont nécessaires.

De tous temps, le médecin a cherché à voir à l'intérieur du corps humain. C'est Philipp Bozzini, habitant de Francfort, qui conçut, en 1806, le premier appareillage destiné à l'exploration visuelle des cavités internes. Un français, Désormeaux, inventa le terme "endoscope" en 1853, et le mot "endoscopie" apparaît dans la littérature en 1878. Au début du XIXe siècle, les appareillages comportaient de savants jeux de miroirs et de lentilles, destinés à amplifier des flammes éclairantes dont on imagine la pauvreté. Quand vint l'électricité ce fut comme un miracle.

Où essaya-t-on d'abord de regarder ? Dans la gorge, bien sûr, puis la trachée jusqu'à sa bifurcation en bronches souches. Dans la vessie et dans le rectum facilement accessibles. Dans l'oesophage enfin, jusqu'à l'estomac d'un patient qui ressemblait fort, dans cette inconfortable position, à un avaleur de sabres.

Dès le début du XXe siècle, on pensa à faire entrer un appareil d'optique dans la cavité abdominale. C'est sur un chien qu'en 1901, Kelling, de Dresde, explora pour la première fois un ventre préalablement gonflé d'air. Il appela cette exploration une Koelioskopie. Jacobaeus, de Stockholm, en 1912 appliqua la méthode à l'homme sous le nom de laparoscopie. Ce mode d'exploration ne connut aucun succès pratique. Sporadiquement, pendant cette première moitié du siècle, d'autres chercheurs essayèrent de perfectionner ce type d'investigation, Kalk en Allemagne et Ruddock aux USA notamment, mais leurs travaux restèrent confidentiels.

C'est Raoul Palmer, qui va donner ses lettres de noblesse à l'endoscopie abdominale. Car s'il n'en est pas l'inventeur, il en montrera l'intérêt et sera responsable de la majorité des "grandes premières" réalisées par cette méthode.

Il s'était spécialisé, dès 1935, dans le traitement des stérilités féminines, mais, on l'a vu, il supportait mal de ne pas connaître à l'avance l'étendue des lésions à traiter. D'où cette idée de trouver un moyen d'en savoir plus, *avant* l'opération réparatrice proprement dite.

Il ne suffisait pas d'introduire une optique dans le bas ventre pour faire un diagnostic. La disposition anatomique des organes génitaux féminins fait que les trompes et les ovaires sont naturellement cachés *derrière* l'utérus. D'où la déception et le désintérêt des premiers expérimentateurs. Certains eurent l'idée de passer par le cul-de-sac vaginal postérieur. Ce fut la "culdoscopie". Palmer l'essaya. Sans en minimiser les mérites, il en déplora les insuffisances.

Obstiné, et persuadé que la voie abdominale était la meilleure, il persévéra et eut un trait de génie. Une sonde destinée aux explorations radiologiques de l'utérus lui permit de relever l'organe vers l'avant, libérant l'ensemble trompe-ovaire qui devint ainsi spectaculairement "lisible" au travers d'une simple optique trans-ombilicale.

Nous sommes en 1943. L'exploration gynécologique non chirurgicale est née. Elle ne cessera, dès lors, de progresser.

Dès 1945, Palmer fit un voyage aux USA pour chercher des optiques meilleures, et ses premiers travaux furent présentés à l'Académie de Chirurgie par Mocquot en 1946, dans un silence glacial. L'opération avait lieu sous anesthésie locale, et il en fut ainsi jusqu'en 1952, période à laquelle les dangers de la narcose commencèrent à diminuer. C'est en 1952 aussi qu'apparut l'éclairage par tige de quartz donnant une lumière enfin suffisante.

Perfectionnant sans cesse sa technique et son matériel, il devint vite le numéro un mondial de la méthode. D'autant plus facilement, il faut le reconnaître, qu'il travaillait dans le mépris absolu des chirurgiens de l'époque. "Pourquoi ces acrobaties quand il est si facile d'ouvrir un ventre ?" demandaient ses confrères.

Sourd aux critiques et aux sarcasmes, inlassablement, Palmer avançait. En 1956, il montra le premier film tourné en intrapéritonéal. En 1958, il mit au point l'électro-coagulation des trompes par voie endoscopique. En 1961, il publia sa technique de prélèvement d'ovocyte à ventre fermé. C'était le premier pas vers la fécondation *in vitro* qui choquait les esprits de ce temps, et qu'on pratique si bien aujourd'hui. Ce mode opératoire a été longtemps utilisé, jusqu'à ce qu'il soit remplacé par les ponctions écho-guidées.

L'Amérique, méprisante mais pragmatique, s'intéressa à ces publications quand elle comprit qu'il devenait possible de réaliser des stérilisations tubaires sans cicatrice et avec vingt-quatre heures d'hospitalisation seulement.

A Broca, loin des lieux prestigieux où se font et se défont les carrières officielles, le minuscule laboratoire de Palmer devint le point de ralliement des gynécologues du monde entier. Lui-même commentait ses images en cinq langues devant des praticiens éberlués qui regardaient l'endoscopeur ambidextre manier l'optique d'une main et dessiner de l'autre. Les gros registres des compte-rendus opératoires de Raoul Palmer sont de merveilleux livres illustrés où le lecteur trouve, schématisées, toutes les pathologies du petit bassin.

Dès lors, la coelioscopie gynécologique commença une progression spectaculaire. Des instruments nouveaux firent leur apparition. On ponctionna des kystes de l'ovaire, on fit des prélèvements de tous ordres, on précisa maints diagnostics préopératoires, toute une iconographie cœlioscopique apparut dans la littérature.

Les fibres optiques, dans les années 1970, apportèrent un progrès fantastique, donnant à la fois un éclairage parfait et une excellente maniabilité. Des chirurgiens gynécologues émules du maître élargirent le domaine des opérations à ventre fermé en modifiant la technologie. Au début, les instruments opératoires étaient enfoncés dans le ventre par le même axe que l'optique, ce qui en limitait la portée. L'idée de les faire passer par des orifices complémentaires augmenta considérablement les possibilités techniques et donna un essor nouveau à la coeliochirurgie. C'est ainsi qu'en 1972, Hubert Manhès, à Vichy, traita la première grossesse extra-utérine sans laparotomie. Des interventions de plus en plus complexes allaient devenir possibles.

Dans le même temps, en effet, des chirurgiens généralistes, élèves des élèves de Palmer, et qui avaient été séduits par cette gynécologie non offensive, élargirent le champ d'action de la méthode et commencèrent à tourner leurs instruments vers le haut. Depuis longtemps, les gastro-entérologues pratiquaient cette "laparoscopie" qui leur

permettait d'étayer leurs diagnostics, en particulier dans la sphère bilio-hépatique. Mais leurs gestes opératoires se limitaient à des biopsies.

Les disciples de Palmer commencèrent par sectionner des adhérences digestives comme ils avaient appris à le faire autour des trompes. *L'adhésiolyse* devint ainsi une opération à part entière. Jusqu'à ce que Philippe Mouret, à Lyon, en 1972 également, opère ainsi une occlusion sur bride. Prenant goût à ces explorations, ils vérifièrent, à l'occasion, que l'appendicite était bien réelle... Un jour, pour authentifier un appendice malade, il fallut libérer tant d'adhérences, qu'une fois l'organe pathologique dégagé, il suffisait de le cueillir pour l'enlever, en même temps que l'optique. L'appendicectomie cœlioscopique était née en France. C'était en 1983. Mais la coeliochirurgie avait dépassé les frontières et Semm, en Allemagne, la pratiquait déjà depuis trois ans.

En mars 1987, le même raisonnement conduisit le même Philippe Mouret, à emporter une vésicule biliaire au bout de son optique. C'était une première mondiale dont il n'imaginait pas le retentissement. A la fin de l'année, il avait renouvelé l'intervention 15 fois. L'année suivante, un Américain croyait publier une grande première. Mouret avait déjà 30 observations !

Le dernier progrès en date fut l'apparition de la vidéoscopie qui apporta trois avantages principaux. Elle met l'image à la portée de tous, panseuses, spectateurs, élèves proches ou lointains. Elle permet à l'aide de tenir et d'orienter l'optique, rendant à l'opérateur, confortablement assis, l'usage de ses deux mains. Enfin, le film de l'intervention devient un document d'archive, véritable boîte noire de la chirurgie.

Depuis ces dernières années, le champ de la coeliochirurgie n'a cessé de se développer et de défrayer la chronique. Par ses succès d'abord : traitement des anomalies hiatales, exérèses digestives et gynécologiques, pathologie vasculaire et tumorale... Et aussi par la virulence des attaques dont elle fait l'objet. Ce n'est ni le lieu ni le moment d'en débattre.

A côté du Raoul Palmer chirurgien prestigieux, novateur obstiné et initiateur d'une technique aujourd'hui universellement pratiquée, il existe un autre personnage moins connu du public.

Il ne s'agit pas d'évoquer ici la personnalité de l'homme, bon fils, bon mari et bon père, conclusions habituelles des chroniques nécrologiques qui permettent aux élèves du cher disparu un morceau d'éloquence larmoyante.

Il est en revanche indispensable d'insister sur une autre facette d'un homme qui a toujours mis au premier rang de ses préoccupations, le respect et la défense de la femme.

La stérilité, pathologie à laquelle Palmer a consacré une grande partie de sa carrière, trouvait sa cause principale, nous l'avons dit, dans les pratiques néfastes de l'avortement clandestin. Il ne faut pas oublier qu'en 1940, date à laquelle nous avons fait commencer ce récit, la France vit sous le poids de la loi de 1920 réprimant, non seulement l'avortement, mais aussi "la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle". Devenue ensuite l'article 317 du code pénal, les peines encourues furent aggravées en 1923, rendant la pratique abortive extrêmement risquée. C'est ainsi qu'en 1943, une dénommée Marie-Louise Giraud, 40 ans, convaincue d'avoir pratiqué des avortements, fut condamnée à mort et exécutée.

Cette sévérité, ne refrénait pas la pratique des avortements. En revanche, elle accentuait les précautions dissimulatrices, enfonçant les victimes dans une clandestinité encore plus obscure, onéreuse et techniquement dangereuse. Se refusant à polémiquer sur le terrain des doctrines religieuses ou moralisatrices, Palmer considérait que le seul moyen d'assainir ce sordide marché était de *médicaliser* ces pratiques et de laisser les femmes libres des décisions qui les concernent.

Ce raisonnement, révolutionnaire pour l'époque, il allait le défendre en prenant des risques que beaucoup jugèrent démesurés.

C'est ainsi qu'en 1961 il participa à une campagne de presse, dans *Le Monde*, en faveur de la contraception, ce qui lui valut un premier blâme du Conseil de l'Ordre. Il défendit ces mêmes positions en 1963, lors d'un colloque organisé par la Société pour l'Etude de la Stérilité. Nouveau blâme du Conseil de l'Ordre.

Il ne se tut pas pour autant. En 1969, il créa l'Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement. Et en 1972, il vint témoigner en compagnie de Paul Milliez, de Jérôme Monod, et de Jean Rostand au Palais de Justice de Bobigny. Procès célèbre, consécutif à l'avortement d'une fille de 16 ans, violée par un loubard puis dénoncée par le même individu. Pour son témoignage, Palmer fut blâmé une troisième fois par un Ordre des Médecins décidément pas doué pour la prospective, puisque deux ans plus tard, la loi Veil était sur le bureau du Parlement.

Selon sa culture et sa religion, chacun peut avoir, sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, des convictions différentes, et la dernière encyclique papale prouve que certaines positions extrêmes sont toujours d'actualité. Mais, ce qui n'est pas contestable, c'est que, depuis la légalisation des interruptions de grossesse, la pathologie lourde - souvent mortelle - de l'avortement clandestin et ses conséquences néfastes sur la fertilité ont disparu de notre pratique quotidienne. Nul ne peut le nier. Raoul Palmer fut parmi les premiers à comprendre que donner aux femmes la liberté de leurs propres décisions était, pour le moins, une mesure de salubrité.

C'est dans ce même esprit qu'il fonda, en 1975, l'Association nationale pour l'Etude de la Stérilisation Volontaire.

Raoul Palmer nous a quittés le 5 juillet 1985, laissant derrière lui plus de huit cents publications dont l'immense majorité avaient un caractère prémonitoire évident. Il fait partie de la prestigieuse cohorte des novateurs méprisés par leurs contemporains. Jenner, Pasteur, et tant d'autres avant lui, prêchèrent longtemps dans le désert. Heureusement, sans être freinés par l'hostilité militante de leurs détracteurs.

Deux réflexions au moins peuvent servir de conclusion.

La première concerne l'attitude à avoir devant les empêcheurs de penser en rond. C'est vrai que charlatans et visionnaires - surtout dans notre époque médiatique - ont tendance à occuper le devant de la scène, et ceux qui en ont le pouvoir doivent dénoncer les supercheries sans se laisser abuser. Mais le progrès ne prend pas toujours naissance là où il serait logique de l'attendre. Palmer, Manhès, Mouret... aucun d'eux n'est universitaire.

La seconde concerne l'évaluation - maître-mot de la technocratie ambiante - des méthodes nouvelles. Il est curieux de voir stigmatiser à grands coups de statistiques les complications de la cœliochirurgie. Les censeurs ne se demandent pas assez quelle est

l'incidence de la formation pratique des opérateurs dans l'apparition des incidents ou accidents constatés. N'est pas pilote de Formule 1 qui veut...

Comme ses élèves après lui, Raoul Palmer ne progressa que pas à pas, après des milliers de gammes précautionneuses. Ses gestes et ses idées furent le fruit d'un lent mûrissement. L'avenir démontra leur valeur, et il était juste que notre Société lui rendit cette justice.

Un hommage spécial doit être réservé aussi au Docteur Elisabeth Palmer. Elle était étudiante en médecine quand elle épousa son chef de clinique. Elle consacra son existence entière à favoriser les recherches de celui dont elle avait, mieux que personne, compris le génie. Elle perpétue sa mémoire et je la remercie chaleureusement de m'avoir fourni l'ensemble des documents qui ont permis cet exposé.

SUMMARY

Raoul Palmer and the cœlio-surgical adventure from 1940 to 1995.

Raoul Palmer born in Paris in 1904 from Swedish parents with a humanistic tradition and a non-conformist spirit obtained a scientific degree (licence ès-sciences) before starting his medical studies. Attracted by experimental surgery he was at the head of Fiessinger's laboratory before becoming demonstrator of gynecology at the Hôpital Broca in the services of Proust, Brocq, Mocquot, Funck-Brentano and Huguier.

As a surgeon specialized in sterility since 1935 but conscient as to the difficulty of making a prognosis without being informed of the extent of the lesions, he invented pre-operatory ***exploratory cœlioscopy*** *in 1943.*

This new technique allowed him to go further with the sampling of ovocytes, electrocoagulation of the uterine horns, punction of cysts, adhesiolysis... And this was only a beginning for this method practised for the first time in 1901 by Kelling in the dog and by Jacobaeus (1912) in man but which remained confidential.

In spite of neighbouring hostility, Palmer's disciples have widened the limits of this method : digestive adhesiolysis, appendectomy in 1983. In 1987 Philippe Mouret realized the first cholecystectomy and opened the way to more complex surgical operations so much that some surgeons wonder if laparotomy is still to be performed to-day.

With a premonitory will, Palmer has fought all along his medical career against clandestine abortion while advising in spite of the Ordre des Médecins the legalization of voluntary pregnancy and freedom for voluntary sterilization.

With over 800 international publications he appears as a visionary creator and a militating humanist.

INTERVENTION : Dr Henri STOFFT.

Notre collègue, Gilbert Schlogel, écrivain-médecin, jouit d'une flatteuse notoriété dans le grand public pour une œuvre littéraire qui comprend déjà quatre romans et trois essais. En 1985, l'académie Littré lui a décerné son Prix pour *Le Malingot* et, en 1995, l'a classé hors concours en raison de son précédent succès. Ses trois derniers romans (exploités par la télévision) forment une saga et servent de prétexte pour étudier l'Histoire de la Chirurgie du XVIIIe siècle jusqu'à nos jours.

Aujourd'hui démasquons cet auteur. Il fut chef de clinique chirurgicale dans le service du Professeur Huguier à l'Hôpital Broca, de 1963 à 1965, et, à ce titre, participa à l'épopée de la cœlioscopie naissante sous les directives de Raoul Palmer, ce découvreur prestigieux.

Voilà donc de l'Histoire vécue, encore toute chaude, et nous serions coupables de ne pas la recueillir dans son authenticité, lorsqu'il en est encore temps.

La correspondance est à adresser :

Pour la rédaction :
à Madame J. SAMION-CONTET
62, rue Boursault - 75017 Paris

Pour la revue :
Histoire des Sciences Médicales
35, avenue de la Motte Picquet - 75007 Paris

Pour toute autre correspondance
(cotisations, abonnements, communications, ouvrages destinés à l'analyse) :
au Secrétaire Général :
le docteur Alain SÉGAL
38 bis rue de Courlancy - 51100 Reims (France)
Tél : (56) 26 77 20 60 - Fax : (56) 26 77 20 71

COTISATION A LA SOCIETE FRANCAISE D'HISTOIRE DE LA MEDECINE
ABONNEMENT A LA REVUE "HISTOIRE DES SCIENCES MEDICALES"

	Cotisation à la Société *1996*	Abonnement à la Revue *1996*	Choix total *1996*
Membre Union européenne	190 F	435 F	625 F
Membre autres pays	190 F	495 F	685 F
Membre étudiant	100 F	195 F	295 F
Membre donateur	440 F	440 F	880 F
Institution Union européenne		620 F	620 F
Institution autres pays		680 F	680 F
Retard (par année)	185 F	435 F	620 F

Paiement par chèque bancaire ou virement au C.C.P. PARIS 2208 69 F à l'ordre de la S.F.H.M. et adressé au Secrétaire général, le Dr Alain SEGAL, 38 bis rue de Courlancy, 51100 Reims, France.

Droits de traduction et de reproduction réservés pour tous pays.
Toute reproduction, même partielle est interdite sans accord écrit de la rédaction. Une copie ou une reproduction des textes, dessins, publicité, par quelque procédé que ce soit, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.
© Société française d'Histoire de la Médecine : 12, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris

Directeur de la Publication : Michel ROUX DESSARPS

Réalisation **mégatexte** sarl - 51100 REIMS - ✆ 26.09.65.15
Dépôt légal 3e trimestre 1996 - Commission paritaire 56302 - ISSN 0440-8888