

Michel-Raymond
Corniglion



Vaincre la mort

Un chirurgien, greffé du cœur, témoigne...



LE MONDE ACTUEL

Gallimard

PRÉFACE

Le 3 décembre 1967, Chris Barnard, avec courage et honnêteté, annonce aux journalistes qu'il va tenter une transplantation cardiaque. L'opération se déroule sans incident. Le malade meurt dix jours après. Quelques semaines plus tard, Barnard renouvelle la même tentative. La survie sera de plusieurs mois. L'événement, largement diffusé par les médias, eut un retentissement mondial considérable. Pour un public entretenu dans la tradition poétique du cœur siège de l'âme, ce fut un véritable choc. Puis, l'effet de surprise passé, les sages se firent censeurs. Comme il est de règle après les grandes innovations médicales, le partage se fit entre partisans, opposants et attentistes. Rares furent les opposants déclarés niant l'intérêt thérapeutique de la greffe cardiaque ou accusant les chirurgiens de rechercher le vedettariat triomphaliste. Nombreux furent les attentistes, surtout parmi les cardiologues, justifiant leur wait and see par des considérations d'éthique ou de prudence. Le groupe des partisans associait heureusement un public bien informé par les médias, des juristes compréhensifs et naturellement la plupart des équipes de chirurgie cardiaque. Ces dernières, connaissant les remarquables travaux expérimentaux réalisés en U.R.S.S. (Dimitrov) puis aux Etats-Unis (surtout Shumway et Kantrowitz) ou ayant la pratique expérimentale de la greffe cardiaque, estimaient raisonnable la poursuite des essais cliniques. Opinion justifiée aussi par les premiers succès des greffes de rein chez l'homme obtenus grâce à l'utilisation de drogues immunosuppressives (imurel, cortisone, sérum antilymphocytes). Ainsi de nombreux chirurgiens, surtout aux Etats-Unis et en Europe, répétèrent l'opération faite au Cap. Deux ans après,

force fut de constater que les échecs étaient beaucoup plus nombreux que les succès. Un seul rescapé de cette époque, le sympathique Vitria, opéré à Marseille en 1968 par l'équipe de mon regretté collègue et ami Henry, survit, quinze ans après la greffe, à l'âge de soixante-quatre ans. Après ce premier bilan, ce fut le découragement, voire, pour certains, la condamnation de la transplantation cardiaque. Seuls quelques chirurgiens acharnés menant de front expérimentation et essais cliniques rigoureux persistent dans ce chemin difficile tracé par l'équipe Shumway. Aujourd'hui le vent a tourné. Dix-sept ans après la première greffe cardiaque chez l'homme, le bilan des transplantations cardiaques est positif. Jugé sur les cinq dernières années, le pourcentage des survies des transplantés cardiaques traités par les immunodépresseurs classiques est voisin de la durée de vie d'une greffe rénale (d'après Shumway aux Etats-Unis, Cabrol à Paris, Dureau à Lyon). Avec la cyclosporine A, les réussites sont meilleures. Ce nouvel immunodépresseur a provoqué un regain d'intérêt pour les greffes cardiaques. Les demandes sont nombreuses mais l'insuffisance des dons d'organes prélevés chez les patients en état de mort cérébrale freine les transplantations. Les listes d'attente s'allongent. Les transplantations sont de plus en plus difficiles à réaliser d'urgence. Pourtant, nombreux seraient les cardiaques qui pourraient bénéficier de ce procédé de sauvetage exceptionnel. A cet égard, Michel Corniglion en est un bel exemple.

L'ouvrage que j'ai le plaisir de préfacier est une preuve irréfutable de la valeur de la transplantation cardiaque comme moyen thérapeutique. Un chirurgien transplanté d'urgence en état d'insuffisance cardiaque aiguë, terminale, témoigne des possibilités que lui donne le travail du cœur d'un autre. Sa vie professionnelle (consultations, opérations, surveillance des patients) se déroule normalement depuis trois ans. Sa vie familiale, ses relations amicales, ses loisirs sont ceux d'un homme de quarante ans. Ce témoignage de la qualité de la vie d'un greffé du cœur est une réponse aux critiques de ceux qui ne retiennent que les échecs par rejet, les contraintes de la surveillance post-opératoire ou les risques du traitement immunosuppresseur. C'est le mérite de Michel Corniglion d'avoir fait l'effort indispensable pour grouper les détails d'une auto-observation dramatique et d'avoir su les présenter dans un style agréable dépouillé de termes techniques.

Ce n'est pas la seule qualité de cet ouvrage. Observateur critique et rigoureux, ayant la double identité de malade et de médecin, l'auteur procède à une nouvelle analyse des symptômes et de la psychologie du cardiaque qui se sait condamné et voit arriver l'échéance. Les pages qui ont trait à l'angoisse du cardiaque qui asphyxie, aux difficultés de l'acceptation ou du refus de la greffe, à la décision prise en toute connaissance des risques en accord avec son épouse médecin anesthésiste-réanimateur, sont d'une grande intensité dramatique. La description d'une déchéance physique rapide, le refus de mourir, la volonté de vaincre sont admirablement décrits. Les symptômes habituels analysés par le malade confèrent à la sémiologie classique une résonance originale. Pour la première fois probablement, un cardiaque ayant conservé toutes ses facultés psychiques, son potentiel d'analyse de clinicien, décrit en détail l'approche de la mort dans une salle de réanimation. Mais il a fallu un concours de circonstances extraordinaire pour que ce témoignage nous parvienne : tandis que Michel Corniglion épuisait ses dernières résistances, au même moment, le cœur d'un malheureux malade en état de mort cérébrale était disponible. Sans la transplantation cardiaque d'urgence, ce drame vécu jusqu'aux portes du grand passage serait, comme tous les autres, resté inconnu.

L'auteur sait soutenir l'attention du lecteur par l'évocation de réflexions qui lui sont venues avant ou après la greffe, en particulier sur l'organisation des soins hospitaliers, l'accès au dossier, le rôle du personnel médical et infirmier, la psychologie du greffé cardiaque et l'image qu'il se fait du donneur, la place de la médecine non officielle, la finalité de la chirurgie esthétique, etc. Le vécu des faits qui sont à la base de ces réflexions leur donne un accent de sincérité totale. Dépouillé du froc médical, le malade, au gré des incidents hospitaliers, laisse s'épancher ses humeurs : tantôt admiratives et reconnaissantes, tantôt critiques voire agressives. Prenant le parti du malade, l'auteur plaide parfois contre le médecin qu'il est. D'aucuns recevront peut-être mal certaines appréciations de ce chirurgien malade ; d'autres estimeront que, dans l'état actuel des soins, les progrès de la relation médecin-malade passent par une écoute des problèmes de chacun. Après l'annonce de la nécessité d'une greffe cardiaque, impliquant nécessairement la notion d'un pronostic fatal à brève échéance, on comprend que la sensibilité du malade, exacerbée par ce choc

psychologique, puisse provoquer de vives réactions. Quoi qu'il en soit, Michel Corniglion a eu raison d'aborder ce délicat problème.

Témoignage hors du commun, hymne à l'optimisme et à la volonté de vaincre la mort, tel m'apparaît ce livre original. Ceux qui suivent avec intérêt les progrès du remplacement cardiaque par la greffe ou par le cœur artificiel et tous ceux qui souhaitent participer à l'œuvre de solidarité des greffes d'organes seront passionnés par ce récit.

Pierre Marion

Hospitalisation d'urgence

4 heures. J'attends couché à plat ventre que le jour se lève. J'étouffe. Les bras en croix, les coudes repliés comme un papillon encore vivant qu'un garnement aurait piqué sur une planche, je gis sur mon lit.

J'écoute les battements de mon cœur par l'intermédiaire des spires métalliques du matelas. Une sueur froide me dégouline le long du cou et du dos. Je me trouve moite, les draps me collent au corps. Ai-je chaud, ai-je froid, je ne sais pas. J'éprouve l'inconfort des grands désordres du corps.

A mes côtés Maïté sommeille, elle prend un peu de repos. Je n'ose faire le moindre mouvement, craignant de l'éveiller en sursaut.

Pendant un moment je calque ma respiration sur la sienne, mais son rythme ne me convient pas : je n'en peux plus.

Petit à petit le jour se lève. Progressivement, dans la pénombre, je devine ses traits. Je reprends un peu d'espoir. Lorsqu'il me semble qu'elle sent que je l'observe, je l'appelle doucement :

— Maïté!

Surprise, elle ouvre les yeux.

— Oh! tu ne dors pas, fait-elle.

— Impossible, je souffre, je manque d'air. J'aimerais que tu me fasses une intraveineuse.

— Que veux-tu?

— Fais-moi un cocktail : corticoïde, diurétique, tonocardiaque, sédatif.

Elle se lève, dilue les médicaments dans une grosse

seringue. Sous la lampe de chevet je tends mon bras, déjà délivré de l'angoisse qui me tourmentait.

Un peu soulagé par l'action de la thérapeutique, je l'interroge :

— Maïté, je ne resterai pas longtemps dans cet état. Je n'arrive plus à me nourrir. Même une simple feuille de salade ne passe pas. Mon foie ne fonctionne plus, le transit intestinal est quasi stoppé. Je tousse et manque d'air au moindre effort. Je souffre au niveau du creux épigastrique comme un damné.

Elle reprend :

— Avant de se rendre à l'hôpital, trois amis se sont proposés pour venir te voir. Il y a le docteur J.-P. de Roissard, chirurgien, le docteur E. Phelip, gastro-entérologue, et le docteur J.-C. Chulliat, cardiologue. Ils vont arriver sous peu ; je vais faire un peu de café.

Seul, dans la chambre, je me sens abandonné. J'enfile une chemise, un vieux pantalon, puis je m'empresse de la rejoindre à la cuisine. L'odeur du café me donne envie d'en prendre une tasse. Au bout de quelques gorgées, je me lève pour vomir. Plus rien ne passe !

Je me laisse tomber sur le divan, épuisé.

Maïté s'avance, elle trouve la force de m'adresser un pâle sourire. Elle s'assoit à mes côtés et me propose :

— Je voudrais contrôler ton électrocardiogramme, en attendant nos amis, si tu veux bien.

— Je te fais faire des heures supplémentaires.

— Je n'ai pas l'air d'une femme brimée, fait-elle amusée.

— Je t'admire de pouvoir garder ta bonne humeur. Pourtant j'enrage de ce qui m'arrive et des soucis que je t'inflige. Tes malades à l'hôpital t'occupent suffisamment, il serait légitime qu'à la maison tu puisses trouver un moment de détente et refaire tes forces.

— Je ne me sens pas fatiguée, tranche-t-elle ; d'ailleurs, actuellement, tu n'es pas mon plus « gros » malade.

— Le plus maigre alors, fais-je pour la taquiner.

— Non plus. En réanimation je m'occupe actuellement d'une femme de 38 kg.

— Il s'agit d'une anorexie mentale, je suppose.

— Oui, reprend-elle. J'ai beaucoup de peine à la rééquilibrer, elle présente un tel désordre ionique...

— Crois-tu qu'un jour nous ne parlerons plus de notre métier ?

— Si ce jour arrive, il faudra arrêter immédiatement l'exercice de la chirurgie esthétique pour toi, de l'anesthésie-réanimation pour moi. Mais, vois-tu, je ne crois pas à cette éventualité, car en dix-neuf ans nous n'avons ni l'un ni l'autre éprouvé le besoin d'autre chose. Je pense que seule la vocation peut apporter la perfection et justifier l'amour des hommes que requiert notre métier.

— Il me semble que c'était hier, es-tu sûre, dix-neuf ans déjà !

— Tout à fait : nous nous sommes rencontrés sur les bancs de la faculté à dix-huit ans, et tu auras trente-sept ans dans dix-huit jours, le 14 mai prochain.

Je repasse en mémoire les années qui ont fui si vite. Consacrées au travail, presque exclusivement, avec des dimanches, des nuits de garde, des stress, des soucis, de la fatigue mais aussi la fierté et le sentiment valorisant du travail accompli.

Le 25 octobre 1969, nous trouvons le temps de nous unir devant Dieu et devant les hommes. Ce jour-là, je me fais le secret serment de tout donner à la femme de ma vie et de lui épargner, si possible, les peines qui émaillent les existences humaines. En mai 1971, nous avons notre premier enfant, Fred, et, quatre ans plus tard, en juillet 1975, naît notre second fils, Alex.

Nos amis arrivent les uns après les autres. Leurs conclusions confirment mon analyse. Il vaut mieux m'hospitaliser.

La décision prise, je préfère accélérer mon entrée à l'hôpital.

Le docteur J.-C. Chulliat s'en occupe. Il me trouve une place dans le service du professeur J.-P. Delahaye. Si je peux m'y rendre en début d'après-midi, les examens complémentaires pourront même commencer immédiatement. J'apprécie énormément cette faveur. Comme convenu, je prends les résultats des analyses effectuées en ville, mes radiographies, puis, en compagnie de Maïté, je me rends à l'hôpital en voiture. Naturellement je conduis, car, bien que je ne puisse plus rien

prendre par la bouche, je ne me sens pas affaibli par vingt-quatre heures de diète forcée.

Arrivé dans le service, je bénéficie d'une chambre individuelle. Décidément, j'ai de la chance. A peine dans le lit, les confrères de garde se présentent armés d'un appareil à tension, d'un stéthoscope, des duplicatas d'examens, des radios. La coordination est réellement parfaite. Nous compulsions ensemble mon dernier bilan hépatique.

Des points restent obscurs. Les analyses montrent des perturbations, mais pas aussi catastrophiques qu'elles devraient l'être en regard de la symptomatologie. Par ailleurs, le traitement polysymptomatique mis en œuvre marche par moments, mais ne donne pas de résultats constants. La logique impose de pousser plus loin les investigations paracliniques pour expliquer l'intrication des symptômes et préciser le diagnostic.

Le lendemain, mon observation est entièrement recommandée par un étudiant hospitalier. Tout y passe : les antécédents familiaux (maladies du père, de la mère, des collatéraux), mes antécédents personnels, puis l'examen. Je joue le jeu, me remémorant qu'étudiant j'appréciais les malades coopérants. A cette époque, il y a dix-neuf ans, je me présentais sans tromperie aux hospitalisés dont je devais recueillir l'observation : « Bonjour, madame, monsieur, leur disais-je, je suis en première année de médecine, je dois établir votre dossier, si vous permettez que je vous examine. » La grande majorité des patients m'aidaient de leur collaboration, en tout cas aucun ne m'a repoussé. En souvenir du jour où je trouvai un médecin dans un des lits qui m'avaient été attribués, j'essaie de me comporter simplement et de ne pas mettre mal à l'aise mon cadet.

Un peu plus tard, tout recommence avec un autre d'une année supérieure, puis c'est un véritable défilé, à croire que tout le service va venir me questionner, m'ausculter, prendre ma tension. Je commence à avoir l'impression que l'on m'amuse. Heureusement, l'examen du professeur J.-P. Delahaye y met un terme.

Les heures qui suivent ne m'apportent pas d'éléments

nouveaux : nous attendons les résultats des nouvelles analyses. Je ne peux plus rien absorber. La thérapeutique se poursuit sans modification. Je commence à m'affaiblir.

Après une mauvaise nuit, commence ma troisième journée d'hospitalisation. Le docteur Sauveur revient m'ausculter, me prendre la tension, me percuter, me palper. Je me laisse faire sans mot dire, craignant de perturber la réflexion de ce savant.

L'examen général achevé, je l'interroge :

— Avez-vous reçu le compte rendu des examens d'hier ?

— Non ! fait-il, pas aimable.

Je reprends :

— Pensez-vous les avoir dans la journée ?

— Je l'ignore !

Je l'interroge encore, désirant des éclaircissements. Invariablement il ne me répond que d'un seul mot. Je me demande pourquoi mes questions, légitimes me semble-t-il, l'irritent. Au bout d'un moment, pour bien me signifier que l'entretien se termine et que je l'importune, il grommelle un petit salut aigre qui siffle entre ses dents.

Sur le seuil de ma chambre, il s'arrête, s'appuie au chambranle, prend une pose. Le dos tourné, il dicte à une infirmière le protocole à suivre. Celle-ci, flattée de la confiance qu'elle croit lui être destinée, joue son rôle d'admiratrice à souhait.

Par son attitude, Sauveur ne m'exclut pas, il n'y tient d'ailleurs pas. Il préfère simplement m'écartier. Il lui importe, pour mieux se faire valoir, que je sache qu'il prescrit seul ! Pour affirmer sa supériorité il doit m'ignorer, me considérer comme quantité négligeable. Pour lui faire plaisir il faudrait que je l'admire comme un Maître. Il ne lui suffit pas d'être considéré comme un aîné au chevet d'un confrère. Cette attitude lui paraît outrageante. Pour l'ensemble du personnel du service, il incarne le savoir et la compétence. Il ne peut se tromper, il tranche sans appel et n'a que faire des sentiments d'autrui. Il décide, comme un oracle, par droit divin : pour lui je n'existe déjà plus.

Naturellement, lorsqu'il quitte ma chambre, il laisse la porte ouverte.

Heureusement, avec l'heure des visites, ma mère arrive.

Elle m'apporte la fraîcheur de l'extérieur et de l'optimisme, parce qu'elle refuse d'admettre la gravité de la situation. La détérioration de mon état, elle n'y croit pas beaucoup. Elle s'imagine qu'en continuant à sortir, à voir ses amis, à rire, elle bloque le temps et fige les êtres dans leur état. Elle se donne la folle illusion qu'en ne changeant aucune habitude, la vie continuera à s'écouler normalement et qu'il ne m'arrivera rien. Un seul mot de moi peut détruire son optimisme, la replonger durement dans la réalité, lui faire pleinement comprendre que tout est fini, que son fils va mourir. Je ne me sens ni le droit ni le courage d'anéantir son espoir insensé.

Notre conversation irréaliste se poursuit cependant :

— Bien avant ton hospitalisation, je m'étais proposée pour convoier un groupe. Désires-tu que je revienne sur ma décision et que je reste près de toi ?

— Quand partirais-tu ?

Elle reprend, un peu ennuyée :

— Si tu veux bien, demain 30 avril.

Après un moment, je lui demande, anxieux :

— Combien de temps ton absence durerait-elle ?

— J'espère être de retour à la maison dans la nuit du 3 au 4 mai.

Je réfléchis à toute vitesse : aurai-je le courage, la volonté, la force d'attendre son retour pour mourir ? C'est exiger beaucoup de moi, mais, ayant fait mentalement le bilan de ce qu'il me reste encore à vivre, surmontant mes craintes, mes angoisses, pour lui permettre d'aller jusqu'au bout de son illusion, pour éviter de la voir sombrer dans le désespoir, parce que je sais que pour ma pauvre maman ce départ est nécessaire, je lui dis simplement :

— Pars sans crainte, mais promets-moi d'être là dès le 5 mai.

Cachant nos larmes et ayant peut-être le pressentiment de jouer tous deux une effroyable comédie, elle franchit la porte et je me retrouve seul. Seul avec mes souffrances et mes phantasmes, seul dans l'attente de l'échéance que je lui ai moi-même fixée : le dernier jour probable de ma vie.

Son départ me glace ; il laisse en moi un vide profond mais il me donne aussi la satisfaction du devoir familial accompli. Je

veux protéger tous les miens, je refuse de les emprisonner moralement.

En réalité cette attitude, que je considérais comme la plus généreuse, comme la plus noble, me sera reprochée par tous.

« *Condamné. Ne doit plus vivre* »

Pendant l'absence de ma mère, mon état se dégrade plus vite que je ne l'avais estimé.

Je commence à lutter pour vivre.

En l'espace de quelques jours, je deviens un vieillard.

A chaque heure qui passe, je constate un ralentissement progressif des principales fonctions. Mes forces déclinent rapidement. Ce sont d'abord les muscles des membres inférieurs qui s'atrophient. Tout va si vite, que bientôt je perds l'usage de mes jambes ; me voici grabataire à trente-sept ans.

Lorsque je m'aperçois qu'à leur tour les muscles fessiers perdent leur tonus, se laissent écraser, je commence à redouter la formation d'escarres, car je sais que par ces plaies s'écoule la vie humaine.

Degré par degré, presque heure par heure, ma vigueur physique décline. Pour conserver ma liberté, par besoin d'indépendance, j'essaie de préserver mon autonomie. Je compense la perte de mes jambes par la seule force de mes bras en me suspendant à la potence fixée au-dessus de ma tête.

En même temps je me révolte contre l'adversité, refusant d'admettre le verdict de la science, je voudrais hurler de colère tant la fureur de ma déchéance corporelle m'exaspère.

Le vers de Chateaubriand : « La vieillesse est la plus proche parente de la mort », me fait réagir, me donne envie de me battre, de me défendre. Cette bataille, je la commence seul. Je me sens mis à l'écart de l'analyse de mon état et des décisions me concernant. Mes confrères concluent un peu

hâtivement de la perte de mes moyens physiques à la perte de mes moyens intellectuels.

Naturellement, mon cerveau présente une sensibilité à la baisse du débit circulatoire. Par moments, ma tension artérielle diastolique, c'est-à-dire la pression artérielle la plus faible qu'il soit possible de noter, devient imprenable.

J'observe alors ce que je considère comme le premier signe de la vieillesse : l'acceptation de vivre dans des limites plus étroites. Ma force physique diminue, mes fonctions physiologiques se réduisent, mon attention devient sélective.

Je me fais l'effet d'un vieillard pour plusieurs raisons. Tout d'abord par mon attitude : prostré dans mon lit, en position semi-assise, je bouge le moins possible pour ne dépenser que l'énergie de base, sachant que les forces me manquent, et que chaque mouvement ampute des réserves désormais impossibles à reconstituer ou simplement à maintenir. En effet, mon alimentation se réduit à une tomate pour le déjeuner et un potage de légumes mixés au dîner. Les périodes postprandiales, après ces « repas pantagruéliques », se passent dans un état de torpeur qui prouve l'effort de l'organisme pour les assimiler. Malgré toute ma volonté, je ne parviens pas à me soustraire à ces phases de trouble de la vigilance.

Evidemment, le transit intestinal stagne sur un bol alimentaire aussi réduit. Je ne vais plus à la selle, n'ayant plus rien à évacuer ! Heureusement, grâce aux perfusions et aux diurétiques, la fonction rénale est préservée.

Par contre, je ne ventile que superficiellement. Je crains de respirer à pleins poumons. En effet, l'écart de pression en fin d'expiration forcée entraîne une extravasation sanguine vers les alvéoles pulmonaires et me donne l'impression d'étouffer. Par moments même, le souffle me fait si cruellement défaut que je me trouve dans la quasi-impossibilité de parler. En tout cas, il m'est désormais difficile de soutenir une conversation pour des raisons purement respiratoires.

Lorsque je me rends compte que ce renoncement ne me chagrine pas outre mesure, je sais que je viens de franchir une nouvelle étape de la sénescence.

Je me trouve dans la situation d'un patriarche qui ne sélectionne que l'essentiel. Mon désintéressement me permet d'éliminer toutes les contingences mesquines du quotidien ; je

peux aisément me concentrer pour ne retenir que le principal. Or, comme la plupart de mes interlocuteurs confondent la décrépitude du corps et celle de l'esprit, je peux ainsi tout à loisir les observer et les décortiquer sans qu'ils s'en doutent.

Le profit que je retire de cette expérience est immense, d'un côté la découverte d'un aspect particulier de la nature humaine de mon environnement, de l'autre la prise de conscience des modifications psychiques intervenant à la fin de ma vie d'homme.

Ma première étude de patriarche va concerner le docteur Sauveur et son colloque.

Le docteur Sauveur, adjoint de ce que le public appelle un « grand patron », ambitionne l'agrégation. Il ne vit que pour cette nomination qui lui permettrait tous les espoirs : devenir un jour chef de service ! Pour y arriver, il a bûché les concours hospitalo-universitaires et les a brillamment réussis. L'homme malade, il l'ignore ; seule l'intéresse la maladie. Pis encore, les lois immuables des symptômes ne peuvent pas se transgresser. Les patients doivent mourir comme il l'a appris. Pour moi il a décidé dès mon admission à l'hôpital : « CONDAMNÉ. NE DOIT PLUS VIVRE. »

Mon cas, il pense l'avoir parfaitement analysé. Les antécédents, les troubles allégués, les résultats des investigations cliniques et paracliniques, le pronostic. Il a tout réuni dans le dossier qu'il tient précieusement serré contre sa poitrine creuse.

Sa pleine satisfaction ne sera atteinte que lorsqu'il aura pu expliquer la logique de sa démarche intellectuelle.

La tribune où il pourra exposer « le cas » s'appelle le « colloque ».

Le colloque d'un service constitue un aspect peu connu du grand public. Il forme les coulisses secrètes d'une unité de soins. En son sein, les problèmes médicaux importants peuvent être exposés.

Chacun suggère un avis, donne une appréciation et collabore ainsi utilement au diagnostic, ou à la thérapeutique à mettre en œuvre.

Naturellement le colloque offre un complément non négli-

Michel-Raymond Corniglion

Vaincre la mort

Pour la première fois, un homme qui a subi une transplantation cardiaque est lui-même un chirurgien. C'est dire que, tout au long de cette dramatique aventure, il va vivre les choses des deux côtés de la barricade : en professionnel, et en malade.

Cela commence de façon hallucinante. Le docteur Corniglion, âgé de trente-sept ans, décrit sa rapide déchéance physique, due à une insuffisance cardiaque. Il sait qu'il va mourir et il peut même calculer la date de sa mort. Ce sera pour le 14 mai. Quand sa femme lui parle de la possibilité d'une greffe, il se dit que ce sera trois semaines de gagnées. Il pense qu'au bout de ce délai, se produit en général le rejet.

Le jour de l'opération, par la fenêtre de sa chambre d'hôpital, à Lyon, le mourant voit passer un hélicoptère. C'est le chirurgien qui part pour Grenoble chercher un cœur. L'opération commence pendant ce voyage. On ouvre la poitrine du malade et on enlève le cœur hors d'usage. Quand le professeur descend de l'hélicoptère, il n'a qu'à poser le nouveau cœur.

Chaque étape de la maladie, de la convalescence, de la guérison donne lieu à de telles révélations sur la technique et les péripéties de cette opération qui frappe l'imagination. Mais le récit du docteur Corniglion vaut aussi par sa qualité humaine. Un chirurgien découvre soudain l'envers de sa profession. Il est sévère pour certains médecins, s'il en rencontre d'admirables. Près de lui, son épouse, médecin elle-même, joue un rôle extraordinaire.

Aujourd'hui, le docteur Corniglion a repris toutes ses activités.



9 782070 705733



86-1 A 70573 ISBN 2-07-070573-0

85 FF tc