



UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 44

LA CONTINENCE ET L'OBTURABILITÉ

DES

ANUS ARTIFICIELS

LE PROCÉDÉ DE LAMBRET

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 20 Décembre 1923

PAR

Marie-Georges-Adolphe BELGY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BESANÇON (Doubs), le 13 novembre 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

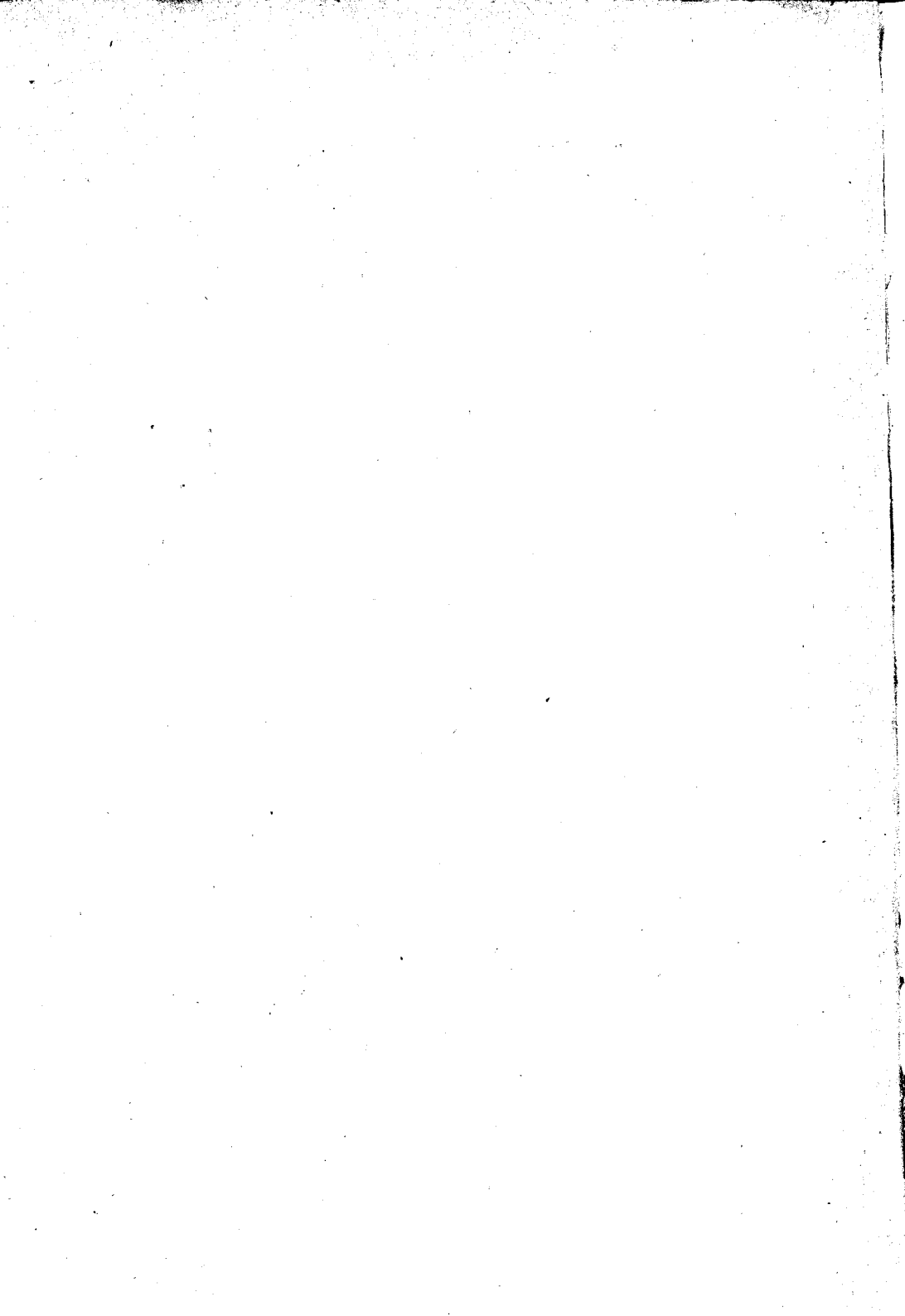
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

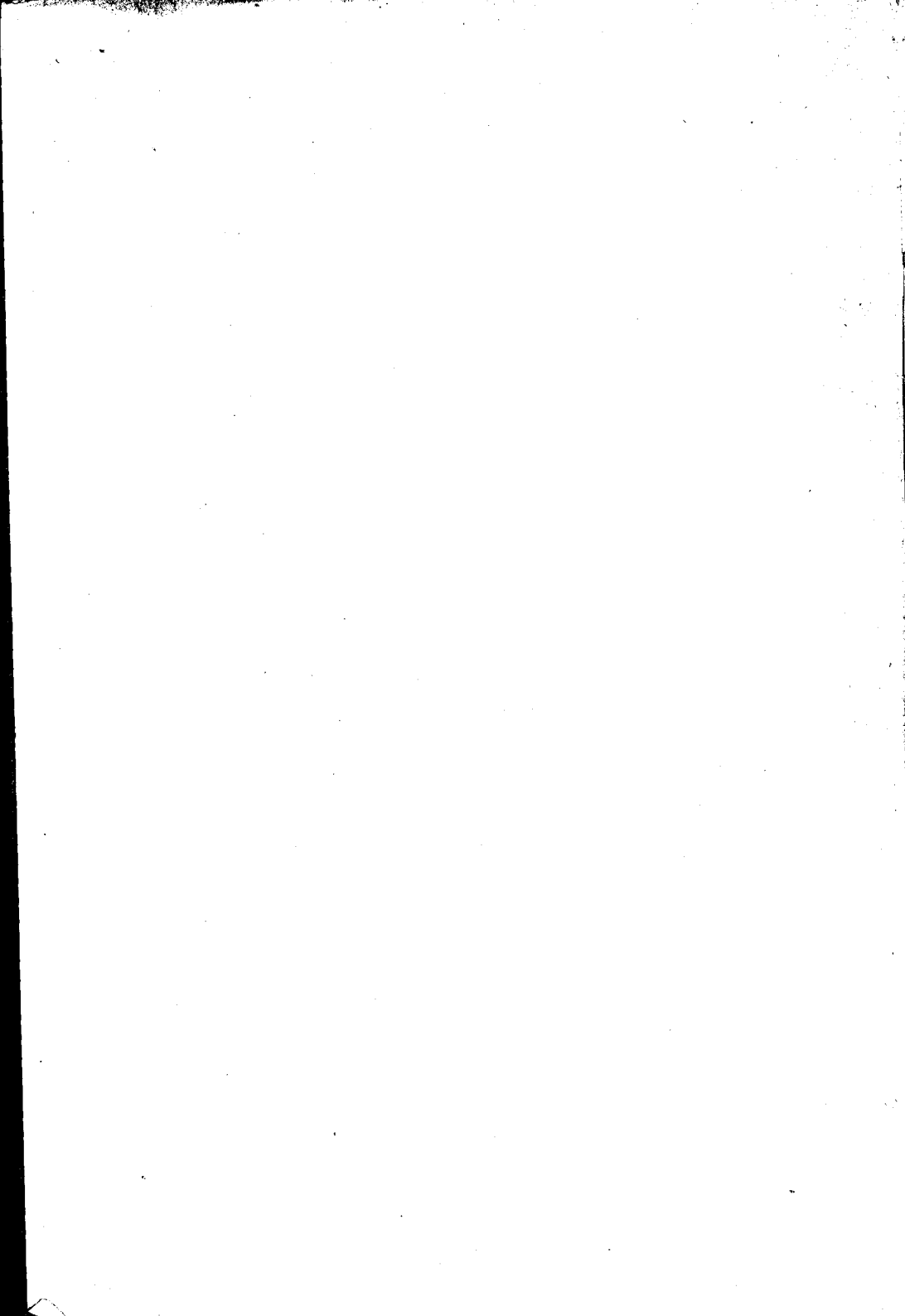
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 44

LA CONTINENCE ET L'OBTURABILITÉ
DES
ANUS ARTIFICIELS
LE PROCÉDÉ DE LAMBRET

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 20 Décembre 1923

PAR

Marie-Georges-Adolphe BELGY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BESANÇON (Doubs), le 13 novembre 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	
		ROCHER, agrégé.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	IAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL H.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	GABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Témoignage d'affectueuse gratitude.

A MES SOEURS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPEYROUX,

*Médecin major de 1^{re} classe des troupes coloniales,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

Respectueux hommage.

A MES CAMARADES

DU G. B. D. 2^e DIC
ET DU 22^e RÉGIMENT D'INFANTERIE COLONIALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ, DE LA MARINE ET DES COLONIES

A LA MÉMOIRE

DU PROFESSEUR AGRÉGÉ VENOT

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
nous a réservé le plus bienveillant accueil
dans son service et dont nous avons suivi le
si vivant enseignement au début de nos
études médicales.

Respectueux souvenir.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Que nous remercions vivement du très
grand honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse.
Respectueux hommage.

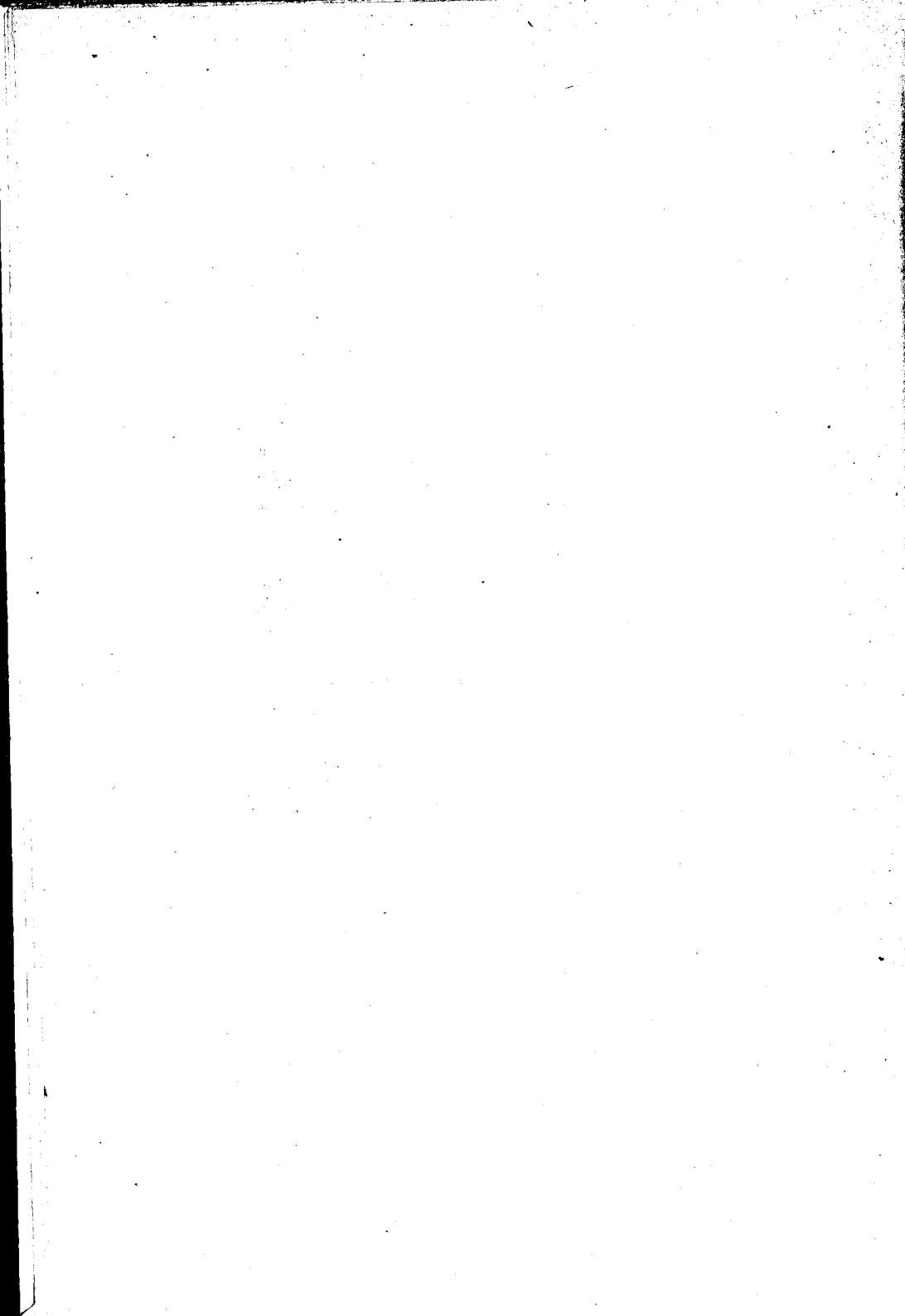
AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous nous faisons un devoir de rendre hommage aux maîtres qui ont contribué à notre formation médicale. Qu'ils soient assurés que nous saurons mettre à profit, au cours de notre carrière, les conseils et les leçons qu'ils nous ont donnés avec tant de bienveillance.

Notre reconnaissance va d'abord à notre regretté maître, le professeur agrégé Venot qui nous a, en toutes occasions, témoigné une bienveillance et une sympathie auxquelles nous fûmes sensibles et dont nous garderons toujours le plus respectueux souvenir.

Nous exprimons aussi à notre président de thèse, M. le professeur Bégouin, notre profonde gratitude pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé.

M. le Dr Charbonnel nous a éclairé de ses conseils avec la plus grande obligeance; nous avons toujours trouvé auprès de lui une cordialité dont nous tenons à le remercier vivement ici.



LA CONTINENCE ET L'OBTURABILITÉ

DES

ANUS ARTIFICIELS

LE PROCÉDÉ DE LAMBRET

INTRODUCTION

Les anus artificiels dans le traitement du cancer du rectum. Les inconvénients des procédés ordinaires de colostomie.

La colostomie est l'opération qui consiste à suturer et à ouvrir à la peau le côlon dans le but d'y créer un orifice artificiel, définitif ou temporaire. Elle se pratique d'ordinaire sur le côlon descendant, et en particulier sur l'S iliaque. Rappelons cependant qu'elle a été exécutée dans quelques cas sur le côlon ascendant (Amussat, 1841) et même sur le côlon transverse dans quelques cas exceptionnels. Tout dernièrement, l'anus sur le côlon ascendant, près de l'angle droit, a retrouvé la faveur de quelques chirurgiens (du Bouchet, J. Hertz, Picot). M. J. Hertz rapporte à la Société de chirurgie 13 observations d'anus avec éperon sur le côlon ascendant et il pense que cet anus

peut, très souvent, se substituer avec avantages à l'anūs cœcal et à l'anūs sur l'S iliaque (1).

C'est dans les cas de tumeur du rectum que cette opération trouve sa principale indication. Le cancer du rectum — le plus fréquent des cancers de l'intestin — peut, en effet, être traité de deux façons : soit radicalement, lorsque le mal est au début de son évolution, que la tumeur est mobile et, par conséquent, facilement extirpable ; soit par une intervention palliative, quand la tumeur s'étant étendue hors des tuniques rectales, a contracté des adhérences avec les organes du petit bassin et ne peut, par conséquent, pas se prêter à une exérèse facile.

Quand le cancer est traité radicalement — quelle que soit la voie employée — il faut, soit avant (anus préliminaire), soit au cours même de l'opération, mettre le bout intestinal supérieur en connexion avec la peau pour assurer la vidange du contenu intestinal.

La plupart des chirurgiens fixent cet intestin à la paroi de l'abdomen : l'anūs est abdominal. Quelques autres, pensant que l'idéal est de le fixer à la place de l'anūs normal, l'abaissent et le fixent à la peau du périnée ; ils obtiennent ainsi un anus périméal.

Lorsque le cancer ne peut être radicalement extirpé, le chirurgien fait une opération palliative ; il se préoccupe de détourner les matières intestinales de leur chemin habituel, de façon à mettre l'organe malade au repos et à lui éviter le contact irritant du contenu intestinal. Dans ce but, il crée un anus artificiel établi habituellement sur l'S iliaque.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les avantages que présente cette colostomie palliative dans les cas de cancer inopérable du rectum, pas plus que sur les inconvénients que présente l'abaissement de l'intestin au périnée, à la suite de la cure radicale. Cela sortirait du cadre de notre travail. Nous insisterons seule-

(1) Anūs à éperon sur le cœlon ascendant, procédé de du Bouchet, par M. J. Hertz ; rapport de M. J.-L. Roux-Berger, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1923, p. 1171 et suiv.

ment sur ce fait que tous ces anus artificiels, qu'ils soient un temps de la cure radicale ou qu'ils constituent toute l'intervention, lorsqu'ils sont pratiqués par les procédés ordinaires, ont le grand inconvénient d'être incontinents et constituent pour les malades une véritable infirmité.

Sans doute — comme on l'a souvent dit — l'intestin arrive, par une éducation spontanée et progressive, à réglementer, en dehors de la volonté du malade, l'évacuation des matières intestinales. Mais cette éducation est très lente; elle demande de longs mois avant d'apporter au malade un peu de soulagement et de sécurité. Et dans bien des cas elle est bien relative. Les porteurs de ces anus n'en sont pas moins sujets à être surpris par des débâcles diarrhéiques, obligés au port d'un appareil récepteur plus ou moins gênant et à des soins constants de propreté. Ou bien, pour être à peu près tranquilles le reste de la journée, il leur faut, matin et soir, prendre un lavement pour vider leur côlon. En résumé, c'est une obsession parfois intolérable.

Le chirurgien doit permettre à ces malades de sortir, de vaquer à leurs occupations sans être contraints à porter un réservoir incommodant pour eux et leurs voisins et sans craindre à chaque instant d'être souillés par leurs matières. Il doit, tout en leur donnant une survie souvent très prolongée, parfois même une guérison définitive, leur apporter le maximum de soulagement et la possibilité d'une vie active. Dans ce but, les chirurgiens se sont efforcés, depuis de longues années, de faire des anus artificiels *continents*.

Pour y parvenir, les uns ont cherché à entourer l'orifice artificiel d'un pseudo-sphincter. Les procédés en sont divers, mais ils ont tous ceci de commun : qu'ils demandent au tonus ou à la contraction musculaire d'assurer la contenance de l'orifice artificiel. Les autres ont cherché, non plus à faire intervenir l'action musculaire, mais à permettre au malade d'obturer mécaniquement, à sa volonté, l'orifice intestinal. Les procédés employés pour obtenir cette obturation sont également nombreux. Les auteurs ont désigné ces deux variétés d'anus sous le



nom général d' « anus continents ». Nous pensons, comme l'ont fait remarquer quelques chirurgiens, que ce terme est inexact, appliqué à la deuxième variété, et qu'il faut, au point de vue qui nous occupe, distinguer deux variétés d'anus artificiels :

- 1° Les anus artificiels continents proprement dits ;
- 2° Les anus artificiels obturables.

Les premiers ne nous retiendront pas. Nous ne ferons que signaler les divers procédés qui ont été employés pour obtenir cette continence en rappelant brièvement le principe de chacun d'eux. Nous étudierons d'une façon également rapide les procédés qui se proposent d'obtenir l'obturabilité, mais nous réserverons une place à part au dernier en date, le procédé de Lambret, auquel notre thèse est particulièrement consacrée.

Nous examinerons successivement : le but que se propose le procédé, la technique opératoire de Lambret et les résultats de cette opération ; nous verrons ensuite les accidents qui peuvent survenir et compromettre les résultats, les modifications apportées par divers chirurgiens pour y remédier, la valeur de ces modifications ; nous essaierons enfin de fixer les indications et les contre-indications du procédé de Lambret qui paraissent devoir être admises à l'heure actuelle.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

1. — Procédés cherchant à réaliser la « continence » des anus artificiels.

Bien des procédés opératoires ont, depuis longtemps, été successivement mis à l'essai pour obtenir cette continence.

Dès 1885, Albert, Verneuil et Maydl conseillent de dissocier les muscles de la paroi abdominale en suivant leurs faisceaux et de faire passer l'intestin à travers la boutonnière musculaire ainsi faite.

Environ à la même époque, Witzel essaie, sans grand succès d'ailleurs, la fistulisation oblique à travers le muscle grand droit.

Quelques années plus tard, en 1889, ce même auteur tente une colostomie à travers le bord supérieur du grand fessier.

Dans cette colostomie fessière, l'S iliaque est attiré sous le pont formé par les parties molles cutané-musculaires séparant l'incision iliaque et l'incision fessière. Mais là encore le but cherché n'est pas atteint et le sphincter artificiel constitué par le bord supérieur du muscle fessier reste souvent insuffisant.

Malgré ce résultat, Linkinheld n'en applique pas moins cette méthode; Borchardt aussi, sans être plus heureux que son auteur d'ailleurs.

Gersuny, en 1893, pratique un anus sacré et, pour le rendre continent, il tord le bout supérieur une fois ou une fois et demie sur son axe.

Franck, la même année, imagine de faire passer l'anse intestinale sous un pont cutané.

L'année suivante, 1894, Rydygier et Willems tentent, à la manière de Gersuny, de tordre le bout supérieur de l'S iliaque sur son axe pour obtenir une certaine continence.

Braun, la même année, conseille de faire un anus iléo-crural : l'S iliaque est attiré dans une incision iliaque ; le lendemain, l'anse est sectionnée et le bout supérieur est attiré sous la peau dans la région crurale.

Inspiré par les procédés préconisés plusieurs années avant par Albert, Verneuil, Maydl, Witzel, Von Hacker, en 1899, tente de nouveau la colostomie à travers le muscle grand droit de l'abdomen, suivant un trajet un peu oblique en dedans dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Hartmann et du Bouchet, en 1900, imaginent d'entourer le bout supérieur de l'intestin par une sangle musculaire, non en incisant, mais en dissociant méthodiquement les trois muscles de la paroi abdominale suivant la direction de leurs faisceaux ; l'anus subit donc l'effet de la contraction et même de la simple tonicité des muscles. Les résultats ainsi obtenus sont meilleurs et les auteurs se déclarent satisfaits de leur procédé. Il a pendant plusieurs années la faveur des chirurgiens et il est maintenant encore couramment employé chez les malades dont l'état ne permet pas une opération prolongée.

Les années passent sans apporter de nouvelles méthodes.

La question est reprise en 1910 par Mauclair qui essaie une nouvelle technique : l'anus iliaque en cæcum. Après avoir sectionné l'S iliaque à sa partie moyenne, il abouche le bout inférieur à la peau un peu au-dessus de l'arcade crurale ; puis il ferme par invagination le bout supérieur et l'abouche à la peau de l'abdomen, à 10 centimètres au-dessus du cul-de-sac déclive réalisé par la fermeture de ce bout supérieur.

Mais les sutures à faire sont nombreuses, le procédé est long, et là encore la continence est bien rarement obtenue d'une façon satisfaisante.

On s'adresse alors de nouveau au muscle grand droit de

l'abdomen, et Marro, en 1911, conseille de faire passer le bout supérieur à travers ce muscle après lui avoir fait subir une petite torsion et l'avoir fait cheminer pendant un court trajet dans les parties molles de la paroi.

En 1916, Mauclaire essaie une nouvelle technique. Après avoir attiré l'S iliaque au dehors, il tord en boucle l'anse intestinale extériorisée, il passe une baguette dans le méso-iliaque et deux jours après il sectionne en totalité l'S iliaque jusqu'à la baguette et un peu au-dessus du milieu de l'anse. Par suite de la méso-sigmoïdite rétractile consécutive, l'anse attirée au dehors rentre peu à peu dans le ventre et les deux orifices intestinaux restent à fleur de peau ; le bout supérieur, tordu en boucle, décrit une courbe à concavité supérieure ; il forme une sorte de siphon qui produit une certaine continence. Par ce procédé, écrit Mauclaire (1), « les malades ont un anus suffisamment continent, ils ne vont à la selle que deux fois par jour. Les matières sortent en masse. Deux des malades prenaient tous les jours une cuillerée à café d'huile de ricin pour que les matières soient un peu plus molles et sortent plus facilement ». C'est peut-être un progrès, mais il n'en reste pas moins que la continence ainsi obtenue est encore bien relative.

Enfin, en 1920, dans un article fort remarquable sur le traitement actuel du cancer du rectum, Pauchet conseille, pour obtenir un anus abdominal continent, d'aboucher le bout supérieur à la paroi de l'abdomen à travers une boutonnière musculaire formée par le grand droit ou les obliques, après torsion sur l'axe à 180 degrés.

Mais, comme le dit Cunéo, « cet anneau contractile n'a d'un sphincter que l'apparence ; il lui manque le dispositif nerveux pour agir réellement comme un sphincter ». Cependant Pauchet aurait obtenu ainsi chez la majorité de ses malades des garde-robes régulières et même volontaires (2).

(1) Mauclaire, *Anus iliaque avec torsion en boucle de l'anse intestinale pour obtenir la continence des matières fécales*, *Gazette des hôpitaux*, année 1921, p. 933 et suiv.

(2) Victor Pauchet, *Signes et traitement du cancer du rectum*, *Presse médicale*, année 1920, p. 705 et suiv.

En résumé, malgré quelques succès encourageants obtenus chez certains malades par quelques-uns de ces procédés, il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle le problème de la continence des anus artificiels par tonus ou contraction musculaire est encore loin d'être résolu.

En présence de ces tentatives peu heureuses, les chirurgiens se sont tournés d'un autre côté; ne pouvant obtenir par le seul concours des muscles une continence suffisante, ils ont pensé à munir l'orifice artificiel d'un appareil destiné à l'obturer. Ainsi furent mis à l'épreuve des procédés nouveaux d'anus artificiels qu'il nous reste à étudier.

II. — Procédés cherchant à réaliser l'obturabilité mécanique des anus artificiels.

Les premiers chirurgiens qui eurent recours à ces procédés employèrent un appareil très simple rappelant le principe du bandage herniaire : une simple pelote maintenue en place par un bandage comprime l'intestin contre un plan osseux sous-jacent, de façon à l'obturer.

Il semble que ce soit un Allemand, Witzel, qui ait eu le premier l'idée d'utiliser cet artifice. Le procédé de la colostomie fessière (Voir plus haut) qu'il avait préconisé restant le plus souvent insuffisant pour assurer la continence, il imagina, dès 1889, d'obtenir l'occlusion de l'anus à l'aide d'une pelote appliquée au niveau du trajet sous-cutané de l'intestin; la pression s'exerçait sur l'os iliaque et l'intestin était ainsi obturé dans une certaine mesure.

Un autre Allemand, Gleich, en 1894, emploie un procédé identique, mais il pratique la colostomie trans-iliaque.

L'année suivante, 1895, Roux imagine un anus symphysien; il amène l'S iliaque dans le bord supérieur de la symphyse pubienne échancrée après l'avoir un peu tordu sur son axe; la pelote ferme l'intestin en prenant appui sur le pubis.

Les résultats obtenus ainsi sont bien peu satisfaisants et ces

procédés d'obturation, après avoir été employés pendant quelque temps, sont peu à peu abandonnés par les chirurgiens.

Des années passent sans apporter des procédés meilleurs. Il faut arriver jusqu'à ces dernières années pour voir la question de l'obturabilité des anus artificiels remise à l'ordre du jour.

En 1920, Ombredanne (1), inspiré par les procédés italiens de tunnellisation des moignons, imagine, pour obtenir la continence dans certains épispadias et dans les exstrophies vésicales, de remplacer l'action des sphincters absents ou détruits par un dispositif mécanique engagé dans des tunnels tantôt sous-cutanés, tantôt sous aponévrotiques. Ces tunnels étaient obtenus par des opérations autoplastiques et fournissaient aux appareils les points d'appui nécessaires à leur fonctionnement.

Séduits par les résultats obtenus par Ombredanne au moyen de cette méthode, les chirurgiens eurent l'idée de l'appliquer aux anus artificiels. C'est François (d'Anvers) qui, le premier, applique cette méthode aux anus anormaux : à l'aide de deux lambeaux cutanés rectangulaires prélevés à égale distance du point où il se propose de placer le futur anus, François confectionne deux tubes de peau ; il les fait passer sous la peau en les attirant avec une pince de Kocher à travers une boutonnière faite dans la paroi, jusqu'à ce que leurs bords viennent affleurer les bords de la boutonnière ; il suture alors les lèvres des deux tubes cutanés aux lèvres des deux boutonnières. Dix à quinze jours après, il établit l'anus artificiel exactement entre les deux tunnels cutanés. Dans un troisième temps, trois semaines environ après l'établissement de l'anus, on appareille le malade (2).

Comme on le voit par ce bref exposé, c'est une opération longue et délicate. De plus, la compression s'exerce au niveau même de l'orifice et, dans ces conditions, elle doit s'effectuer

(1) L. Ombredanne, *Autoplasties d'appui et dispositifs de fermeture des orifices incontinents*, *Presse médicale*, année 1920, p. 833 et suiv.

(2) J. François (d'Anvers), *Anus artificiels continents par le procédé de la tunnellisation cutanée*, *Presse médicale*, année 1921, p. 355 et suiv., et *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, numéro du 16 mars 1920.

avec une force assez grande pour être efficace; il en résulte que ces anus sont souvent mal tolérés des malades (Cunéo, Schwartz).

H. Hans (de Limbourg) applique une technique à peu près identique.

Unger et Schwabe (de Berlin) utilisent aussi la tunnellisation, mais leur procédé est différent. Il consiste à prélever un pont cutané au-dessous duquel on pratique une laparotomie latérale; l'intestin est extériorisé et le pont cutané sectionné en son milieu. Deux languettes de peau sont ainsi obtenues; on en suture les deux lèvres latérales, les transformant ainsi en deux tunnels. Chaque tunnel est passé à travers le méso, sous l'intestin, et va sortir dans la partie gauche de l'hypocondre par un orifice spécial, à côté du précédent. La peau est ensuite rabattue sur l'intestin; celui-ci est alors ouvert à la partie toute inférieure, sous le tunnel cutané inférieur. Un appareil, dont les branches sont passées dans les tunnels cutanés, comprime l'intestin au moyen d'une pelote par l'intermédiaire de la peau (1).

Dans ce procédé, la continence, contrairement à ce qui a lieu dans le procédé de François, est réalisée par une compression *en amont* de l'orifice cutané de l'anus. C'est là un progrès évident sur la méthode de François.

Cunéo réalise la compression de l'intestin par une technique un peu analogue. Après avoir, par des incisions spéciales, créé un tunnel cutané, il fait une laparotomie au-dessus et en dehors de ce tunnel, il sort l'intestin à fixer à la paroi et, ayant libéré et préparé le bout supérieur à extérioriser, il le fait passer perpendiculairement par-dessus le tunnel pour le fixer à la peau, en dedans de celui-ci et après l'avoir fait passer par une boutonnière d'un lambeau cutané. L'intestin est comprimé entre deux branches d'un appareil dont la branche profonde passe dans ce tunnel, la branche superficielle sur la peau (2).

(1) E. Unger et E. Schwabe, *Une nouvelle méthode de fermeture des anus artificiels*, *Deutsche medical Wochens*, Leipzig und Berlin, année 1921, t. XLVI, p. 587.

(2) Cunéo, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, année 1921.

La compression est donc, là encore, réalisée *en amont* de l'orifice cutané de l'intestin par un appareil dont l'action est comparable à celle qu'exercerait une pince à coprostase placée sur l'intestin perpendiculairement à sa direction (Okinczye).

W. Goldschmidt (de Vienne) réalise une fermeture en bourse autour de l'anus. Son procédé consiste à créer autour de l'anus artificiel un anneau cutané tubulé, épidermisé en dedans et en dehors, dans lequel on fait passer un caoutchouc qui, plus ou moins serré, permet l'ouverture ou la fermeture de l'anus (1).

Dans le but de simplifier la confection des tunnels cutanés qui demande beaucoup de temps et qui est minutieuse à réaliser, Pierre Duval a imaginé l'artifice suivant : il fait les tunnels récepteurs en greffant sous la peau les deux veines saphènes prélevées sur le malade lui-même. Quinze jours après, il établit l'anus artificiel, et un appareil composé de deux tiges métalliques glissées dans les tunnels veineux et rattachées par deux crampons à ressort permet de fermer l'anus. L'auteur dit avoir obtenu ainsi une oblitération parfaite (2).

« Il n'en est pas moins vrai que cette technique présente, au point de vue de la compression — comme celle de Goldschmidt — le même inconvénient que nous signalions plus haut au sujet de la méthode de François. C'est encore là une opération longue et délicate : il faut enlever au malade ses deux veines saphènes, les greffer sous la peau et faire, seulement plusieurs jours après, l'anus artificiel. Il n'y a pas de confection de tunnels cutanés, mais que de temps encore et que de travail ! De plus — et cette critique s'adresse aussi bien au procédé de François — les tunnels ayant été exécutés avant l'établissement de l'anus, on s'expose, dans le deuxième temps, à ne pas pouvoir situer l'anus juste où il faut, entre les deux tunnels. Comme le dit spirituellement Ombredanne, « sera-t-il possible de percer la porte juste à l'aplomb de la serrure placée la première ? »

(1) W. Goldschmidt, *Reconstitution d'un sphincter dans l'anus contre nature*, *Zentralblatt für chirurgie*, année 1921, p. 961.

(2) Pierre Duval, *Continence d'un anus artificiel*, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, n° 21, année 1922.

Enfin, ces procédés par tunnellisation et appareillage mécanique, en général, ont d'autres inconvénients plus sérieux encore : la dissection des lambeaux est longue et leur réunion peut fort bien échouer à cause du voisinage dangereux d'un intestin qu'il faut ouvrir le plus tôt possible ; ces tunnels, même heureusement confectionnés, n'en sont pas moins, par la suite, difficiles à maintenir propres ; sous l'influence du contact fréquent et répété des matières, ils s'enflamment, s'excorient, s'ulcèrent ; c'est un souci perpétuel pour le malade, sans compter que la striction exercée par l'appareil est souvent douloureuse.

Pour se mettre à l'abri de tous ces inconvénients, Schwartz a employé une technique beaucoup plus simple qui ne nécessite pas d'opération complémentaire. Cette méthode semble bien, d'ailleurs, avoir été préconisée plusieurs années auparavant par Lauenstein. On lit, en effet, dans le livre de Jeannel sur la chirurgie de l'intestin, le passage suivant : « Considérant que la recherche d'un sphincter artificiel ne donne guère que des déboires, Lauenstein propose, en 1894, un procédé de colostomie dans lequel l'orifice de l'anus se trouve porté loin de la peau sur un pédicule intestinal, véritable pénis, pouvant être facilement engagé dans un appareil récepteur. Dans ce procédé, le bout supérieur est attiré hors de la plaie sur une longueur de 10 à 15 centimètres, le mésentère étant détaché, suturé et réduit ; la plaie pariétale est fermée par une suture comprenant à sa base le pénis intestinal qui pend flasque hors de la plaie et y est définitivement respecté. Lorsque la réunion est obtenue et même avant, la défécation se fait par l'extrémité de la trompe intestinale engagée dans un simple urinal. »

Schwartz emploie donc une méthode analogue : il fait un anus artificiel médian et laisse le bout colique supérieur émerger du ventre sur une assez grande longueur. Il obtient ainsi une véritable petite cheminée intestinale qui permet aux matières de tomber directement dans l'appareil récepteur sans souiller les téguments. Schwartz aurait obtenu par ce procédé

une continence « absolue » en plaçant une pince ou un lien quelconque à la base de cette cheminée intestinale (1).

Quoi qu'il en soit, cette méthode constituait incontestablement un progrès dans la longue histoire de l'obturabilité des anus artificiels. Cependant, elle n'était pas encore à l'abri de tout reproche ; plusieurs inconvénients, au point de vue de l'obturation, subsistaient, que Lambret (de Lille) chercha à éviter par une technique plus précise que nous allons étudier dans ses détails.

(1) A. Schwartz, *De la continence des anus artificiels*, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, année 1922, p. 753, et *De la continence des anus artificiels*, *Paris médical*, année 1922, p. 389 et suiv.

CHAPITRE II

Le procédé de Lambret. Son but. La technique opératoire de Lambret.

Lambret n'avait pas accordé une grande faveur aux procédés que nous venons de rappeler. Les uns, qui employaient le tonus ou la contraction musculaire, n'arrivaient dans aucun cas à réaliser une continence absolue; les autres, qui employaient l'obturation mécanique par des appareils, assuraient une occlusion de l'anus plus parfaite, mais présentaient de multiples inconvénients qui ne pouvaient les faire entrer dans la pratique courante.

En plus des inconvénients dont nous venons de parler, les procédés qui emploient la tunnellisation présentent en outre ce grave défaut : qu'ils réalisent l'obturation en comprimant les tissus. Or, cette compression de la peau, du moment qu'elle exige une certaine force — comme c'est le cas pour obturer un intestin — n'est guère possible et en tous les cas ne saurait être que temporaire. A plus forte raison est-elle pratiquement impossible lorsqu'elle s'exerce dans un trajet dont la peau est fragile parce qu'elle est maintenue humide et plus ou moins macérée par les sécrétions et le manque d'aération (Lambret).

L'obturation, qui ne s'accompagne pas de compression des tissus, a, au contraire, un avantage considérable : celui d'être prolongée aussi longtemps qu'il est nécessaire et de procurer au malade un anus facilement tolérable.

C'est en tenant compte de ces considérations que Lambret a cherché à faire un anus artificiel *facile à entretenir propre et*

obturable hermétiquement, facilement et sans compression des tissus.

L'anus extériorisé imaginé par Schwartz répond déjà à quelques-unes de ces conditions : c'est une opération simple ne nécessitant pas la formation de tunnels si délicats à confectionner et si difficiles à maintenir propres, permettant un isolement plus facile de la suture abdominale et la mettant ainsi dans une large part à l'abri de l'infection lors de l'ouverture de l'intestin ; le bout colique émergeant hors du ventre, les matières ne souillent pas les téguments et il est facile à entretenir propre. Mais la pression s'exerce sur l'intestin nu, c'est-à-dire sur un organe fragile, et il peut en résulter des accidents de sphacèle, bien que Schwartz prétende que l'intestin extériorisé se recouvre par la suite d'épiderme (ouvrage cité).

Enfin, quelle que soit la longueur de l'intestin extériorisé, la rétraction cicatricielle, comme le fait remarquer Okinczyc, aboutit toujours avec le temps à faire affleurer la muqueuse à la peau. C'est ainsi que chez un malade opéré par ce chirurgien, l'intestin, extériorisé sur une longueur de 8 à 10 centimètres, s'était, au bout de quinze jours, épaissi et rétracté des deux tiers, à tel point que, dans ce court espace de temps, la muqueuse tendait déjà à affleurer le plan cutané de la paroi abdominale (1).

Pour parer à ces accidents et en même temps atteindre le résultat cherché, c'est-à-dire un anus facile à obturer hermétiquement et à maintenir propre, Lambret imagine, en 1922, d'habiller le bout colique attiré au dehors — la cheminée intestinale de Schwartz — avec la peau de la région abdominale voisine. Il transforme ainsi l'anus en un appendice revêtu d'un manchon cutané ; il constitue, comme il le dit à la Société de chirurgie (2), une sorte de verge abdominale moins fragile qu'un intestin nu et qu'on peut, par conséquent, obturer en la serrant fortement avec un lien ou mieux, et plus facilement, en

(1) Okinczyc, Société de chirurgie, séance du 14 mars 1923.

(2) O. Lambret, *Anus contre nature pratique*, Société de chirurgie de Paris, séance du 21 juin 1922.

l'encapuchonnant avec un petit pansement maintenu par des bandes de leucoplaste.

Ce résultat évidemment n'est pas atteint dans les jours qui suivent l'intervention. Comme le dit Lardennois, l'intestin, à cette époque, est encore épaissi, sensible, à réactions irrégulières et ne supporte pas d'être étranglé dans une ligature. Ce n'est qu'au bout d'un temps variable (quelques semaines à deux ou trois mois) qu'on peut obtenir l'obturabilité par un simple pansement au leucoplaste. « Le procédé de contention peut se simplifier au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment où l'intervention a été pratiquée. » (1).

Examinons maintenant la méthode opératoire employée par Lambret.

Technique opératoire de Lambret (2).

Le malade a été préparé par les procédés habituels au point de vue de la désinfection de son tube digestif.

Il est placé en décubitus dorsal, la partie gauche de l'abdomen et le haut de la cuisse du même côté soigneusement désinfectés à la teinture d'iode. On emploie l'anesthésie générale.

1^{er} Temps. — On fait une incision basse oblique sus-inguinale gauche de 8 à 10 centimètres, qui permet d'arriver facilement sur le colon. Celui-ci est extériorisé; s'il est court et fixé, il faut le décoller, en prenant garde de ne pas sectionner les vaisseaux, pour lui rendre une mobilité suffisante; s'il est long et flottant, ce décollement n'est pas nécessaire. Le colon une fois bien extériorisé, on sectionne le méso-iliaque entre deux ligatures jusqu'au pied du méso, de façon à donner au bout supérieur le maximum de mobilité. On écrase le colon avec un écraseur et on sectionne au bistouri la partie médiane écrasée; on ferme

(1) G. Lardennois, Société de chirurgie de Paris, séance du 30 mai 1923.

(2) Nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter à la description qu'en donne Lambret lui-même à la séance de la Société de chirurgie de Paris du 21 juin 1922.

les deux bouts du côlon et on les enfouit sous une bourse au fil de lin.

2° Temps. — Le bout supérieur de l'intestin ayant été mobilisé, on s'occupe alors de tailler le lambeau cutané destiné à l'habiller : au-dessus de la plaie sus-inguinale, dans le flanc gauche, on délimite un quadrilatère de 10 à 15 centimètres de longueur et de 10 à 12 centimètres de largeur; on taille au bistouri trois côtés de ce quadrilatère, les deux côtés longs et le côté supérieur, de façon à obtenir un lambeau autoplastique à pédicule inférieur. La peau est alors disséquée de haut en bas et le lambeau vient pendre ainsi au-dessus de la première incision.

3° Temps. — On découvre alors cette première incision. On fait pénétrer, à travers, l'index gauche dans l'abdomen en le dirigeant en haut jusqu'à ce qu'il vienne soulever les téguments à la hauteur de la charnière cutanée et en son milieu. On pratique alors sur ce doigt, à travers muscles et péritoine, un orifice suffisant pour admettre le bout supérieur du côlon qu'on attire au dehors à l'aide d'une pince.

4° Temps. — On ferme la première plaie en fixant à son angle inférieur, entre la paroi et le péritoine, le bout inférieur précédemment fermé; il serait facile de l'ouvrir à la première indication.

5° Temps. — Confection de la verge intestinale. — Le bout colique supérieur qui pend hors du ventre est habillé avec le lambeau cutané; pour cela, on enroule le lambeau autour de l'intestin et on en suture les deux lèvres en ayant soin de prendre dans la suture, en deux ou trois points, la tunique séro-musculaire de l'intestin, de façon à empêcher la rétraction du côlon et son glissement dans le fourreau cutané. On laisse l'intestin dépasser le bord libre du fourreau de 2 centimètres environ, de façon à donner provisoirement à la pseudo-verge l'apparence de posséder un gland de forme presque normale. On ferme ensuite la brèche cutanée produite par la taille du lambeau en

débridant et en décollant comme il convient la peau environnante et en la faisant glisser jusqu'à affrontement de part et d'autre. L'opération est aisée dans cette région où la peau se prête facilement aux manœuvres.

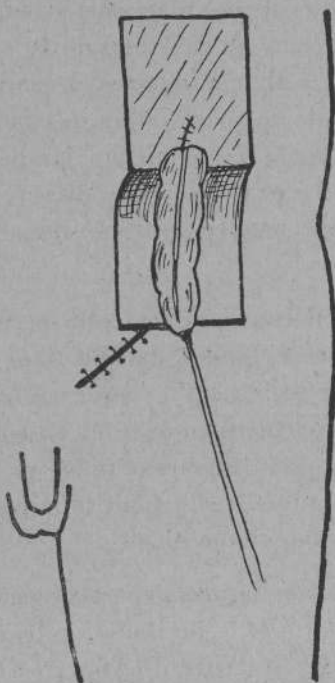


FIG. 1. — D'après O. LAMBRET, in *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*.

6^e Temps. — Au deuxième ou au troisième jour, la cupule terminale de la verge intestinale est réséquée au ras de la peau ou mieux, un peu en deçà, de façon à constituer une ébauche de prépuce, et le méat intestinal ainsi obtenu est fixé à la peau par une couronne d'agrafes de Michel. On nettoie avec soin la région opératoire et on applique un pansement aseptique. S'il y avait urgence, ce dernier temps de l'opération pourrait suivre immédiatement la confection de la verge et la fermeture de la brèche cutanée, sans risquer de compromettre les sutures, à condition de les protéger soigneusement par un pansement adhésif (Lambret).

CHAPITRE III

Complications.

Ce procédé, tel que Lambret le communiqua à la Société de chirurgie de Paris, semblait bien résoudre d'une façon aussi satisfaisante que possible le problème, depuis si longtemps débattu de l'obturabilité des anus artificiels.

La cheminée intestinale de Schwartz était, grâce à l'artifice de l'habillement cutané, rendue moins fragile et mise à l'abri de la rétraction cicatricielle. Plus rien ne s'opposait dès lors, semblait-il, à ce que ces anus fonctionnassent au mieux de l'intérêt du malade. Et, en effet, les premiers opérés de Lambret se déclaraient satisfaits de cette verge intestinale facile à laver et à entretenir propre, et qu'ils pouvaient obturer complètement, soit en la couvant sur l'abdomen et en la comprimant par un bandage, soit en l'encapuchonnant avec un petit pansement au leucoplaste.

Beaucoup de chirurgiens, et des plus éminents, séduits par ce procédé, voulurent en faire bénéficier leurs malades. A la suite de Lambret, ils pratiquèrent des anus en verge. Mais bientôt l'écho de nombreux insuccès venait jeter l'alarme. On se rendait compte, à l'épreuve, que les résultats obtenus n'étaient pas toujours aussi brillants et aussi faciles. Il fallait compter souvent avec certaines complications dont la plus sérieuse était le sphacèle.

Le sphacèle.

Plusieurs chirurgiens avaient observé en effet, à la suite de l'opération, du sphacèle de la verge intestinale : dans les premiers jours, la surface du fourreau cutané prenait une appa-

rence gris brunâtre, de mauvais aspect, puis cette coloration allait se fonçant de plus en plus; finalement, les parties ainsi touchées s'éliminaient.

Dans certains cas, ce sphacèle était partiel, et il restait encore, après l'élimination des parties mortes, une verge plus courte, mais qui pouvait encore être obturée facilement, si son extrémité seule avait été touchée. Il n'en était malheureusement pas toujours ainsi; le sphacèle, dans d'autres cas, était complet; la verge intestinale tombait au bout d'un temps plus ou moins long et il ne restait qu'un orifice intestinal affleurant la paroi abdominale qui nécessitait le port d'un réservoir et ne valait pas mieux, en définitive, que l'anus artificiel pratiqué suivant les méthodes habituelles.

Le sphacèle est la mortification des parties molles sans l'intervention microbienne; c'est, en d'autres termes, une mort aseptique causée seulement par l'arrêt des phénomènes nutritifs. Dans la majorité des cas, c'était là la cause des échecs observés dans le procédé de Lambret. On comprit vite, en effet, que le lambeau cutané destiné à habiller le segment intestinal avait subi le sort auquel sont exposés fréquemment, en quelque région qu'ils soient prélevés, les lambeaux destinés aux autoplasties: privé en grande partie de ses anastomoses vasculaires l'apport sanguin qu'il recevait était insuffisant et il était frappé de mort; le sphacèle relevait de l'ischémie vasculaire.

Dans quelques cas, un autre facteur, l'infection, venait ajouter son action pour compromettre l'existence de ce lambeau; l'ouverture de l'intestin ensemait de germes pathogènes les sutures insuffisamment protégées ou insuffisamment cicatrisées et le sphacèle se compliquait de putréfaction; c'était alors de la gangrène.

Cette infection était surtout fréquente dans les cas où le chirurgien avait été obligé d'ouvrir l'intestin dans un délai très rapproché du moment de l'opération; l'application d'un pansement adhésif ne préservait pas toujours suffisamment la région opératoire contre les germes pathogènes. Elle était aussi particulièrement fréquente chez les gens gras chez lesquels le tissu

cellulo-adipeux, en couche épaisse sous le fourreau cutané résistait mal vis-à-vis des germes du contenu intestinal.

Pour éviter ces accidents — sphacèle d'une part, infection d'autre part — qui rendaient les résultats parfois si décourageants, il fallait donc assurer la vitalité du lambeau par une circulation aussi riche que possible, et lutter contre l'infection.

Dans ce but, les chirurgiens ont fait subir au procédé de Lambret diverses modifications que nous allons examiner. Elles n'ont pas, d'ailleurs, dans tous les cas, atteint le but qu'elles se proposaient.

CHAPITRE IV

Le lambeau.

Son pédicule : modification du Hayem, modification de Lambret. Son étendue. Façon de le suturer autour du segment intestinal.

Les chirurgiens qui ont la pratique des autoplasties ne savent que trop, en effet, que la difficulté fondamentale de ces opérations est de maintenir la nutrition du lambeau.

Alimentée par le sang qui lui arrive des vaisseaux qui cheminent dans le tissu cellulaire sous-cutané, la peau, une fois privée de ses connexions vasculaires sur la plus grande partie de son étendue, est soumise à une irrigation sanguine souvent précaire et qui risque fort d'être insuffisante. Si le chirurgien connaissait la disposition anatomique des vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané, l'idéal assurément serait de tailler le lambeau de façon à conserver intacts, au niveau de son pédicule, quelques-uns de ces troncs vasculaires qui en assurent la vitalité. Cette condition est, par exemple, brillamment remplie par le lambeau frontal de la rhinoplastie qui demeure, pour cette raison, le plus sûr. Mais il n'est guère d'autres régions du corps où on la rencontre ; dans l'immense majorité des autoplasties, le bistouri agit un peu au hasard et le chirurgien n'a nullement la certitude d'avoir une bonne artère nourricière. Ne pouvant avoir recours à cette irrigation tronculaire, il est obligé de faire appel à l'irrigation par anastomoses.

Il est évident qu'en général, celle-ci sera d'autant mieux assurée que le pédicule du lambeau sera plus large.

Il fallait donc, dans l'opération de Lambret, tenir compte de

ces conditions et tailler un lambeau abdominal de façon à donner au pédicule la plus grande largeur possible.

La technique préconisée par Lambret, telle que nous l'avons décrite plus haut, ne réalisait pas cette condition importante ; les chirurgiens s'en aperçurent vite.

Avant de tailler le lambeau cutané, Lambret pratiquait une incision oblique sus-inguinale destinée à conduire sur le colon. Ce n'est qu'après avoir libéré le bout supérieur de l'intestin qu'il taillait le lambeau destiné à l'habiller. Par cette façon de procéder, il y avait, correspondant au pédicule, au-dessous de lui, une incision qui avait déjà intéressé des vaisseaux, en sorte que les connexions vasculaires du lambeau, détruites obligatoirement sur trois de ses côtés, étaient, de plus, fort compromises au niveau de son pédicule. Il était à craindre, dans ces conditions, que les anastomoses restées intactes au niveau de celui-ci, soient peu nombreuses et que le lambeau, insuffisamment nourri, ne se sphacélât.

C'est ce résultat que les chirurgiens eurent à déplorer dans des cas assez nombreux.

Pour y remédier, Imbert (de Marseille), avec l'autorité que lui confère sa grande pratique des autoplasties, proposa d'apporter à la technique de Lambret une modification destinée à conserver intactes les anastomoses vasculaires au niveau du pédicule du lambeau.

Un chirurgien des hôpitaux de Marseille, Hayem, fut le premier à la mettre en pratique.

Voici la technique opératoire de Hayem :

Le malade, préparé comme il a été dit, est placé en décubitus dorsal, la région sur laquelle va porter l'opération soigneusement désinfectée.

1° (1) On fait une incision iliaque de 8 à 10 centimètres parallèle au pli inguinal, qui donne accès dans l'abdomen. On va à la recherche du colon pelvien et on le sectionne aseptique-

(1) L. Hayem, *Modification au procédé d'anus iliaque de Lambret*, Rapport de M. Dufarier, séance de la Société de chirurgie de Paris du 14 mars 1923.

ment. Le bout inférieur est enfoui, abandonné ou bien fixé à l'angle inférieur de la plaie. Le bout supérieur est mobilisé sur 12 à 15 centimètres en respectant sa vascularisation, c'est-à-dire en sectionnant le méso là où il fait bride, mais en regardant par transparence pour s'assurer que l'on ne coupe aucun vaisseau important.

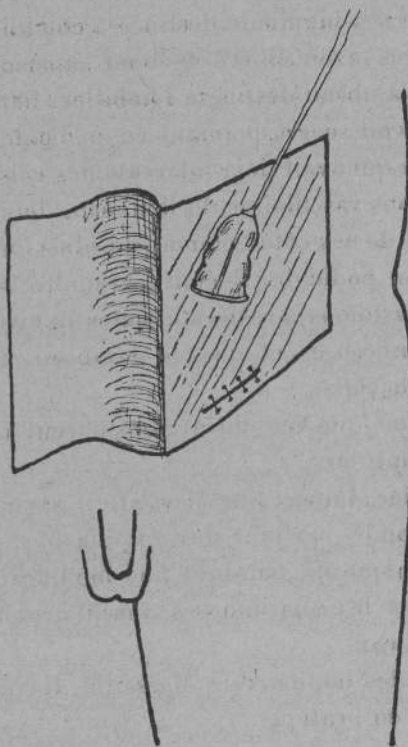


FIG. 2. — D'après L. HAYEM, in *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*.

2° Taille du lambeau. Celambeau est quadrilatère, de 15 centimètres de longueur sur 12 centimètres de largeur environ. Pour le tailler, l'incision iliaque est prolongée vers la gauche du malade de 5 à 7 centimètres, n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; elle forme le long côté du lambeau; le côté court est perpendiculaire à son extrémité gauche et

mesure 12 centimètres environ. Tout le lambeau est disséqué de gauche à droite et rabattu en dedans. Ainsi taillé, on obtient un lambeau à *pédicule inféro interne*.

3° Sur l'index introduit dans l'abdomen à travers l'incision iliaque, on pratique une boutonnière répondant au milieu de la charnière du lambeau, mais à 2 centimètres en dehors, et le bout supérieur du côlon pourvu de son méso est extériorisé par là.

4° On suture les plans profonds de la première incision, c'est à-dire péritoine, muscles et aponévrose, et il ne reste qu'à habiller l'intestin avec le lambeau cutané en transfixant en deux ou trois points la tunique séro-musculaire de l'intestin pour éviter sa rétraction.

5° La brèche cutanée, réduite alors à une surface losangique à grand axe vertical, est suturée transversalement et sans qu'il soit besoin de recourir à des décollements ou débridements. Le moignon intestinal est fixé par une série de points en couronne au niveau de la limite du fourreau cutané. On laisse dépasser l'intestin sur une longueur de 2 centimètres environ, comme le fait Lambret, pour obtenir une sorte de gland provisoire. Au deuxième ou au troisième jour, on ouvre l'intestin.

La statistique des résultats obtenus jusqu'à ce jour repose encore sur un nombre trop restreint de cas, pour qu'on puisse d'une façon décisive, juger de la valeur de cette modification. Notre regretté maître, le professeur agrégé Venot, Hayem, Combiér et Murard (du Creusot), Bonnal (de Marseille) l'ont pratiquée chez plusieurs malades et ont obtenu des résultats en tous points satisfaisants.

A côté de ces résultats favorables, d'autres chirurgiens ont rencontré les mêmes insuccès que par le passé.

La modification est surtout heureuse, pensons-nous, en ce sens qu'elle a montré qu'il fallait, ici comme dans toutes les autoplasties, faire en sorte que les anastomoses vasculaires, au niveau du pédicule soient aussi riches que possible. A cet effet, Hayem, au lieu de faire comme Lambret, une incision inguinale sous-jacente au lambeau, fait une incision située sur

le côté même de ce lambeau, de façon à obtenir un pédicule intact.

D'autres chirurgiens sont arrivés au même but par une voie différente; puisque l'incision inguinale première compromettait la nutrition du lambeau et, par suite, les résultats, il fallait la supprimer : tailler *d'abord* le lambeau et *au dessous de lui* faire une incision qui permette d'attirer l'intestin au dehors.

C'est dans ce sens que Lambret, par la suite, modifia son procédé de la façon suivante :

1° *Taille du lambeau.* — On taille dans le flanc gauche un lambeau quadrilatère à pédicule inférieur ayant au moins 15 centimètres de long sur 12 centimètres au moins de large. On dissèque la peau de haut en bas et on rabat le lambeau sur son pédicule, de façon à découvrir largement la région inguinale;

2° Répondant au milieu de la charnière et un peu au-dessus d'elle, on fait une incision inguinale qui conduit sur le côlon pelvien. Celui-ci est extériorisé et sectionné aseptiquement; le bout inférieur est abandonné dans le ventre bien fermé par un double rang de sutures séro-séreuses. Le bout supérieur est mobilisé sur une longueur de 10 à 12 centimètres. On ferme l'incision sans comprimer l'intestin à sa base;

3° On habille comme précédemment l'intestin avec le lambeau prélevé, puis on suture la brèche cutanée en décollant et en débridant légèrement la peau voisine.

Le lambeau se trouve ainsi avoir un pédicule inférieur. On pourrait aussi bien, en employant la même technique, lui donner un pédicule supérieur; c'est à ces deux sortes de lambeaux que va la prédilection de Lambret à l'heure actuelle.

Nous pensons qu'il est, en effet, encore un point à ne pas négliger pour assurer d'une façon encore plus certaine la bonne irrigation du lambeau : nous voulons parler de la disposition anatomique des vaisseaux superficiels de l'abdomen.

Le chirurgien doit tenir compte, pour tailler le lambeau, pour en situer le pédicule, de la disposition de ces vaisseaux. Si nous consultons les atlas et les traités d'anatomie, nous

voyons que les troncs vasculaires les plus importants sont situés à la partie inférieure et à la partie supérieure de la région; d'une part, l'artère sous-cutanée abdominale, la branche ascendante de l'artère honteuse externe supérieure et la circonflexe iliaque, d'autre part, les rameaux perforants des artères intercostales; sur les côtés, les vaisseaux sont bien moins importants; quelques rameaux perforants de tout petit calibre venus des artères lombaires et des dernières intercostales.

Il semble donc bien, d'après ces dispositions anatomiques, que le lambeau le plus sûr sera celui auquel on aura conservé un pédicule inférieur ou, au contraire, un pédicule supérieur; de cette façon, le chirurgien aura le plus de chance d'avoir conservé des troncs importants au niveau du pédicule et il lui aura donné une direction en concordance avec la circulation générale de la région.

F.-M. Cadenat a également employé, comme Lambret, le lambeau à pédicule inférieur. Lardennois le taille descendant en bas et en dedans, à charnière supéro-externe.

Tous ces auteurs ont obtenu avec ces lambeaux, en employant la nouvelle technique de Lambret, des résultats régulièrement satisfaisantes. « On fait, avec cette modification — ainsi que le fait remarquer F.-M. Cadenat — de la confection au lieu de tailler, comme Lambret le faisait au début, un habit sur mesure. » Mais cette façon de procéder ne présente pas d'inconvénients, à condition de dessiner un lambeau *très large*.

Les chirurgiens sont, en effet, d'accord aujourd'hui pour reconnaître que la question de l'*étendue* du lambeau a aussi une grande importance. Dans bien des cas, la cause du sphacèle tient à ce que le chirurgien n'a pas taillé un lambeau assez copieux; il faut compter avec la rétraction de la peau et avec les difficultés qu'il peut y avoir à mobiliser le lambeau sur son pédicule pour parvenir à l'enrouler autour de l'intestin. « Il faut utiliser, ainsi que l'écrit Lardennois, un lambeau très large, paraissant démesurément large. » (1).

(1) G. Lardennois, Société de chirurgie de Paris, séance du 30 mai 1923.

La façon de le suturer a également son importance; il faut que le chirurgien enroule le lambeau autour du segment intestinal et le suture sans tirailler et sans exercer de striction à la base (Lambret). C'est un point de technique qui exige toute l'attention du chirurgien; si la striction à la base de l'appendice est trop forte — ce qui arrive toujours lorsque le lambeau taillé est trop étroit — on voit la peau blanchir au niveau de la suture et le sphacèle est alors bien souvent à craindre. Nous avons observé un échec de ce genre chez un malade dont nous rapportons plus loin l'observation: pour confectionner le fourreau, on fut obligé d'exercer des tractions sur le lambeau afin de faire affronter les deux lèvres cutanées; il en résulta une striction à la base de l'appendice qui entraîna dans les jours suivants son sphacèle partiel.

Il ne faut pas non plus que la striction soit trop lâche (Lambret). Soucieux d'éviter le sphacèle dû à une striction trop forte, le chirurgien, en ne serrant pas suffisamment le lambeau autour du pied de l'appendice intestinal, éprouverait d'autres déboires: il n'obtiendrait pas un appendice cylindrique, une *trompe* ou une *gargouille*, ainsi que Lambret l'a désigné par la suite, mais une sorte de cône à base abdominale encore très utile et très facile à maintenir propre, mais très difficile à obturer d'une façon simple. C'est probablement là, pensons-nous, la cause des difficultés qu'a éprouvées Moure dans le service de Lenormant, qui n'a pu parvenir à assurer à ses malades le bénéfice d'une obturabilité facile. « Chez aucun d'entre eux — dit Lenormant à la Société de chirurgie — il n'a suffi d'encapuchonner la trompe obtenue avec un agglutinatif pour obtenir la continence et tous ont été obligés de porter un sac en caoutchouc qui, d'ailleurs, s'adapte beaucoup mieux chez eux que chez les sujets porteurs d'un anus iliaque ordinaire. » (1).

Il importe donc de bien pédiculiser la trompe intestinale, de façon qu'elle se détache nettement de l'abdomen.

(1) Lenormant, Société de chirurgie de Paris, séance du 30 mai 1923.

CHAPITRE V

Le procédé de Lambret chez les sujets gras. Les inconvénients du « dégraissage » préconisé par Lardennois.

On remarqua vite que les échecs étaient particulièrement fréquents chez les enfants gras.

Proust et Houdard rapportent l'observation d'un homme atteint de néoplasme du rectum chez lequel ils pratiquèrent un anus artificiel à la Lambret; la paroi était très adipeuse, l'S iliaque également et la constitution de l'appendice intestinal fut difficile; les lambeaux se sphacélèrent et, en définitive, le résultat cherché ne fut pas obtenu. Ils soulevèrent un peu par la suite l'orifice intestinal au moyen d'une autoplastie, mais le résultat final obtenu permit tout au plus d'appliquer très commodément un appareil prothétique (1).

Michon rapporte aussi le cas de deux malades gras chez lesquels le procédé échoua en partie. Ce chirurgien avait été gêné par l'épaisseur de la couche sous cutanée grasseuse, gêné aussi par le volume de l'intestin volumineux du fait de l'épaisseur du méso-côlon et des appendices épiploïques. Il a constaté à la suite de la suppuration chez l'un et un peu de sphacèle de la peau chez l'autre (2).

Lambret, Okinczyc, Wiart ont constaté aussi les mêmes échecs chez plusieurs malades gras.

Pour permettre à ces malades de bénéficier des avantages du procédé de Lambret et leur éviter le sphacèle, Lardennois conseilla de prendre deux précautions :

- 1° Enlever les franges grasseuses du côlon extériorisé;
- 2° Réséquer toute l'épaisseur du tissu cellulo-adipeux sous le

(1) Proust et Houdard, Société de chirurgie de Paris, séance du 30 mai 1923.

(2) Michon, *Ibid.*

lambeau cutané. C'est la technique du « dégraissage » qu'il préconisa et communiqua à la Société de chirurgie en mai 1923.

Sans doute, on facilite ainsi l'enroulement du lambeau autour de l'intestin et on rend plus rapide son adhérence ; on supprime de plus, le danger d'infection toujours plus grand dans ce tissu cellulo-graisseux peu résistant aux germes venus de l'intestin. Mais cette mesure, ainsi que l'a fait remarquer le premier Charbonnel (de Bordeaux), loin de mettre le lambeau à l'abri du sphacèle l'y prédispose au contraire en compromettant son irrigation sanguine.

Rappelons (1), en effet, le type suivant lequel s'établit la circulation sanguine de la peau :

Dans le tissu cellulaire sous-cutané cheminent des vaisseaux

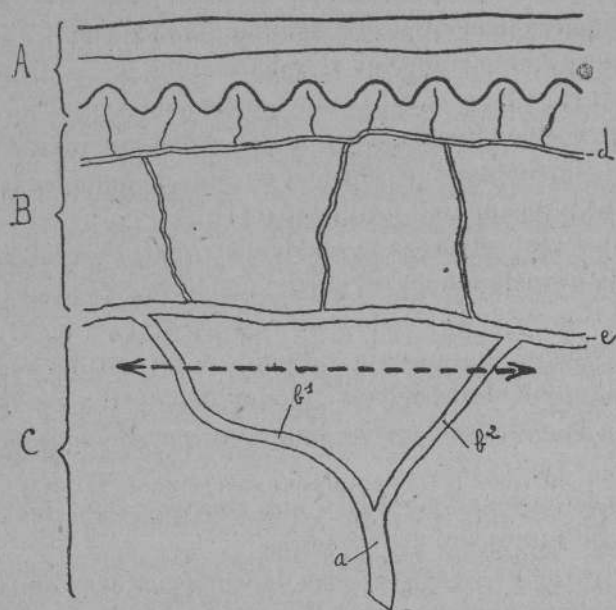


FIG. 3. — D'après IMBERT, in *Journal de chirurgie*.

A, épiderme ; B, derme ; C, tissu cellulaire sous-cutané ; a, b¹, b², troncs vasculaires secondaires du tissu cellulaire sous-cutané ; e, plexus sous-dermique ; d, plexus sous-papillaire. La flèche indique le plan de dégraissage et la section, dans cette opération, des troncs vasculaires du tissu cellulaire sous-cutané.

(1) Nous nous sommes permis de nous reporter, pour les lignes suivantes, au remarquable article de M. le professeur L. Imbert, *Notes d'autoplastie*, paru dans le *Journal de chirurgie* du mois d'août 1921, p. 113 et suiv.

sanguins en nombre variable; ils émettent de place en place des troncs secondaires (a , b_1 , b_2), obliques ou verticaux suivant l'épaisseur et les modalités du tissu graisseux, qui se dirigent vers la face profonde du derme; là, ils forment un premier plexus (plexus sous-dermique) (e) dont les anastomoses sont relativement rares; il donne à son tour des branches grêles et peu nombreuses qui traversent obliquement ou verticalement l'épaisseur du derme et viennent former un second plexus sous-papillaire à mailles plus serrées que celles du premier (d); de ce second plexus proviennent les vaisseaux papillaires.

La circulation de la peau est donc assurée, en résumé, par deux plexus parallèles à sa surface, alimentés par le sang que leur apportent les vaisseaux situés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Puisque ces vaisseaux tiennent, par conséquent, sous leur dépendance la nutrition de la peau, il est évident que l'intérêt le plus élémentaire conseille de les respecter ou, tout au moins d'en conserver intacts le plus grand nombre possible. Or, si l'on dégraisse la peau, comme le recommande Lardennois, on comprend que le bistouri, qui agit à la face profonde du derme, sectionne, dans cette opération, les troncs vasculaires secondaires du tissu cellulaire sous-cutané (la flèche indique sur la figure le plan de cette section); il en résulte une anémie prononcée du lambeau qui compromet d'une façon inquiétante son avenir. « Si l'on n'envisageait que la vitalité du greffon — écrit Imbert (1) — l'idéal serait de le disséquer avec les artères qui le nourrissent. Pour bien des raisons, on ne peut procéder ainsi, mais il semble désirable que l'on mobilise la plus grande partie des vaisseaux de l'hypoderme. Sans doute, on sera obligé d'en sectionner un bon nombre, mais *plus on ira profondément et plus on conservera d'anastomoses*. En somme, *le lambeau doit être aussi étoffé que possible*. »

Le dégraissement de Lardennois, destiné à éviter le sphacèle, y prédispose au contraire, pensons-nous, puisqu'il ne tient pas

(1) Imbert, ouvrage cité.

compte de l'épaisseur du lambeau, condition importante de toute bonne autoplastie.

Lardennois dit avoir obtenu par cette mesure, « chez les sujets gras, des résultats aussi satisfaisants que chez les autres » (1). Ce sont là, sans doute, des cas particulièrement heureux; nous n'avons pas dit, en effet, que le dégraissage du lambeau entraîne systématiquement son sphacèle; nous pensons seulement qu'il y prédispose. Et à côté des succès dont parle Lardennois, nous voyons plusieurs auteurs subir, en employant cette technique, des échecs complets (Lambret, Charbonnel). Charbonnel rapporte à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (2), 1 cas d'échec complet chez un malade adipeux chez lequel il dégraisa le lambeau; la trompe intestinale se sphacéla presque en totalité et il ne resta, en définitive, qu'un orifice encore un peu saillant sur la paroi abdominale, mais exigeant, tout comme un anus iliaque ordinaire, le port d'un appareil récepteur. Nous en rapportons l'observation plus loin.

Les inconvénients du dégraissage que les données anatomiques auraient dû faire prévoir se sont donc trouvés confirmés, dans plusieurs cas, par la pratique. Ces insuccès — insuccès du procédé de Lambret chez les malades gras d'une part, insuccès fréquents du dégraissage d'autre part — ont conduit plusieurs chirurgiens, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, à renoncer au Lambret chez les malades gras.

(1) Lardennois, Société de chirurgie de Paris, séance du 30 mai 1923.

(2) Charbonnel, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 15 juin 1923.

CHAPITRE VI

Indications et contre-indications.

Nous avons indiqué dans les chapitres précédents en quoi consistait le procédé de Lambret, quels étaient ses avantages, quelles difficultés il pouvait présenter et les modifications qui y avaient été apportées. Nous allons maintenant essayer de voir quelles en sont les indications et les contre-indications.

Une distinction s'impose tout d'abord à ce point de vue entre deux catégories d'anus artificiels bien différents : les anus latéraux et les anus terminaux. Il est bien évident qu'on ne peut pas penser appliquer le procédé de Lambret aux premiers. Ceux-ci sont nécessairement courts et si l'on veut les rendre moins pénibles aux malades, on ne pourra qu'assurer l'occlusion de l'orifice à l'aide d'un appareil compresseur : on emploiera, par exemple, le procédé de tunnellisation de François, mais avec tous les inconvénients que nous avons vus plus haut.

Le procédé de Lambret est réservé aux seuls anus terminaux. Modifié comme nous l'avons vu, soit suivant la technique de Hayem, soit suivant la dernière technique de Lambret, ce procédé permettra à ces anus de recueillir le maximum d'avantages.

Il est évident qu'on ne fera jamais de ce procédé une intervention de nécessité ni d'urgence chez les malades en occlusion où la dérivation simple, rapide, est une question vitale et doit être obtenue avec le minimum de frais (Okinczyk).

On ne le fera pas davantage dans les cas où l'anus artificiel doit être temporaire.

Mais toutes les fois que l'état général du malade s'y prête et qu'on est en droit de considérer l'anus artificiel comme définitif, le procédé de Lambret trouve son application.

1° Il est indiqué en premier lieu toutes les fois qu'on établit un anus artificiel définitif chez les malades atteints de cancer opérable du rectum. Après l'ablation d'une tumeur recto-sigmoïdienne, soit par le procédé d'Hartmann-Mummery, soit par amputation abdomino-périnéale sans abaissement de l'intestin au périnée, le procédé de Lambret ne présente que des avantages. Par cet artifice, les malades recueilleront, au point de vue de la tolérance de leur anus, le maximum de soulagement. Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point.

Les opinions diffèrent en ce qui concerne le moment de la confection de l'anus. Faut-il le faire avant, en même temps ou après l'amputation abdomino-périnéale ?

Lambret pense que c'est là une question d'espèces ; « la conduite à tenir dépend du malade, des difficultés et de la durée de l'opération ». En principe, quand l'amputation abdomino-périnéale ne présente pas de difficultés, ce chirurgien fait la plastie de l'anus en même temps que l'opération.

Il n'en reste pas moins que l'extirpation d'une tumeur du rectum par voie abdomino-périnéale est une opération difficile et qui demande beaucoup de temps même aux chirurgiens les plus expérimentés. Aussi, la plupart des auteurs pensent que la confection de l'anus doit être faite dans un deuxième temps. Certains chirurgiens (Bégouin, Venot, Charbonnel) la font d'abord et pratiquent l'amputation après un intervalle de temps plus ou moins long (trois semaines, un mois en général) ; d'autres, et Okinczyc en particulier, sont partisans de la faire après. « Il est bon, dit Okinczyc, de ne pas prolonger encore une opération déjà longue et de ne faire la plastie cutanée que dans les jours qui suivent l'opération principale, quand tout danger paraît écarté. » (1). Cet auteur, au cours de l'amputation

(1) J. Okinczyc, Société de chirurgie de Paris, séance du 13 juin 1923.

abdomino-périnéale, extériorise le bout proximal de l'intestin sur une longueur suffisante et fait, une semaine après, la plastie cutanée à l'anesthésie locale.

Quelle que soit la conduite adoptée, que l'on confectionne l'anus avant ou après l'opération principale, il convient, pensons-nous avec la plupart des auteurs, de la faire dans un temps distinct.

2° Le procédé de Lambret est-il indiqué dans les cas de tumeur inopérable ?

Bégouin (de Bordeaux) pense que l'inopérabilité est une contre-indication à son emploi : « C'est une opération longue et difficile, écrit ce chirurgien, qui ne doit être tentée que dans les cas où une extirpation complète de la tumeur peut être faite favorablement. » (1).

Chavannaz (de Bordeaux) partage cette opinion : « Il convient, dans la plupart des cas, de s'écarter de procédés opératoires qui exposent à des complications, à une prolongation de traitement qui ne cadrent pas toujours avec les conditions des patients. » (2).

Okinczyz est du même avis : « Je ne suis pas tenté d'appliquer le procédé de Lambret, dit-il, à des malades atteints d'un cancer inopérable du rectum. Les survies, après ces opérations palliatives, sont courtes et ne valent pas une complication de technique si bénigne soit-elle. » (3).

Les raisons qui font rejeter l'emploi de ce procédé chez les malades inopérables tiennent donc, comme on le voit, d'une part à la longueur, à la difficulté de l'intervention, et de l'autre aux avantages éphémères qu'il présente chez des gens dont la fin est, en général, proche.

(1) Bégouin, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, année 1923, p. 140.

(2) G. Chavannaz, *A propos de l'anus iliaque dans le cancer inopérable du rectum*, *Journal de médecine de Bordeaux*, année 1922, p. 631.

(3) J. Okinczyz, *Anus iliaque gauche par le procédé de Lambret*, Société de chirurgie de Paris, séance du 13 juin 1923.

Il est un autre argument qu'a fait valoir Okinczyc à l'appui de cette opinion. Il s'agit des inconvénients de la fermeture du bout inférieur de l'intestin. « Il n'est pas indifférent, dit-il, de fermer l'intestin au-dessus d'un cancer inopérable. Les sécrétions muqueuses, glaireuses, purulentes, ne trouvant plus leur voie à travers une sténose serrée, peuvent provoquer des accidents inflammatoires qui compliquent l'évolution du néoplasme; une voie de dérivation en amont du néoplasme assure mieux le drainage d'une tumeur infectée et permet la désinfection au moyen de lavages. Pour toutes ces raisons (celle-là et celles indiquées plus haut), dans les cancers inopérables du rectum, je préfère au Lambret l'anus artificiel latéral par le procédé de Hartmann par exemple. » (1).

S'il est incontestable que les malades atteints de cancer inopérable du rectum ont un avenir bien souvent fort compromis, il faut reconnaître cependant que chez quelques uns la survie obtenue après l'établissement d'un anus artificiel est quelquefois de longue durée. Lambret cite les cas de plusieurs malades inopérables, actuellement vivants (novembre 1923), auxquels il a fait un anus en trompe depuis vingt, dix-huit, quinze mois. Et, bien que ce soit, comme l'ont fait remarquer à juste titre Begouin, Chavannaz, une intervention longue et en somme difficile, est-ce là une raison pour ne pas la pratiquer chez des gens qui sont susceptibles d'en recueillir les avantages pendant plusieurs mois et même des années ?

Quant à la rétention au-dessus du néoplasme et aux inconvénients de la fermeture du bout inférieur de l'intestin sur lesquels Okinczyc attire l'attention, il est facile d'y parer en fistulisant le bout distal de l'intestin à la paroi; on peut ainsi le soumettre à des lavages antiseptiques. Lambret, d'ailleurs, ne croit pas à la rétention au-dessus de la tumeur.

Pour toutes ces raisons, certains auteurs et Lambret, en particulier, ne voient pas dans l'inopérabilité une contre-indication à l'emploi du procédé.

(1) J. Okinczyc, *Ibid.*

3° Nous avons vu dans le chapitre précédent que les difficultés de l'intervention étaient plus grandes et les échecs particulièrement fréquents chez les malades gras. Nous avons vu, d'autre part, que la technique du dégraissage préconisée par Lardennois présentait de sérieux inconvénients et qu'elle n'avait pas toujours donné à l'épreuve les résultats satisfaisants qu'on avait d'abord espérés. Aussi la plupart des auteurs sont-ils aujourd'hui partisans de ne pas faire bénéficier de cette intervention les malades trop adipeux.

Lambret fait remarquer à juste titre qu'il y a des degrés dans l'adiposité. Aux véritables obèses, il refuse le bénéfice de l'artifice autoplastique, mais il est partisan de l'employer chez les malades « demi-gras » ; « chez ceux-là, écrit-il, il se produit souvent un petit liséré de sphacèle à l'extrémité du fourreau cutané qui finit par être parfois un avantage ». Et il cite le cas de deux malades dont l'appendice s'est ainsi légèrement sphacélé et chez lesquels il s'est produit, à la suite de cet accident, une rétraction cicatricielle du fourreau qui tend à obturer l'orifice intestinal et fait sphincter.

Peut-être est-ce là un résultat définitif particulièrement heureux et que l'on peut espérer obtenir dans quelques cas à la suite de la confection d'un anus en trompe chez des malades légèrement adipeux. Mais le chirurgien est loin d'être assuré d'obtenir de semblables résultats : les risques sont grands, pensons-nous. Ce sphacèle, qui chez quelques malades se limite en un mince liséré à l'extrémité de l'appendice et aboutit à la formation d'une sorte de sphincter, peut, chez beaucoup d'autres, prendre une extension beaucoup plus grande et conduire finalement à un échec.

Aussi nous pensons avec plusieurs auteurs qu'il est préférable de ne pas appliquer ce procédé chez les malades gras, pour peu que l'adiposité soit marquée.

4° Il faut enfin tenir compte de l'état général du malade.

L'anus artificiel à la Lambret présentera les plus grands avantages chez les malades pris au début de leur mal, dont

l'état général n'a pas eu le temps d'être profondément altéré et chez lesquels la tumeur, évoluant depuis peu de temps, peut être facilement extirpée. On procurera ainsi à ces malades, en même temps qu'une survie souvent très prolongée, un anus facilement tolérable.

C'est l'état général qui interviendra pour dicter au chirurgien la conduite à suivre en présence d'une tumeur rectale inopérable; si, malgré l'extension du néoplasme, l'état général n'a pas subi une altération profonde, si c'est un sujet encore jeune, si surtout le cancer a évolué lentement, on sera en droit d'espérer une survie encore longue et, dans ces conditions, on pourra procurer à ces malades, pour les jours qui leur restent à vivre, les bénéfices du procédé de Lambret.

S'il s'agit, au contraire de malades intoxiqués, cachectiques, à état général profondément atteint, le procédé de Lambret est contre-indiqué.

En résumé, nous pensons que l'on doit admettre comme indication principale du procédé de Lambret :

L'existence d'une tumeur rectale au début de son évolution, facilement opérable, chez un sujet de peu d'embonpoint.

Les contre-indications étant :

L'existence d'une tumeur inopérable accompagnée d'un mauvais état général;

L'adiposité marquée.

CHAPITRE VII

Observations.

A. — Observations favorables.

OBSERVATION I (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur BÉGOIN.

Première technique de Lambret.

M. X..., 49 ans.

Cancer ano-rectal inopérable avec rétrécissement cylindrique et fistule consécutive. Début remontant à trois ans (juin 1919).

M. le professeur Bégouin décide de pratiquer chez ce malade un anus artificiel suivant la méthode de Lambret.

Opération le 12 juillet 1922.

Anesthésie au mélange de Schleich, modifié par Bégouin (éther, 100; chloroforme, 10; chlorure d'éthyle, 5).

La technique opératoire suivie est exactement celle décrite par Lambret, quelques semaines auparavant, à la Société de chirurgie (21 juin). Les divers temps se succèdent sans difficultés.

Suites opératoires simples. L'état du malade est satisfaisant. L'évacuation par le bout inférieur persiste et se répète plusieurs fois dans le jour qui suit l'opération. Pas de coliques sérieuses. Ouverture de l'anus vingt-huit heures après; l'intestin fait une saillie noirâtre et tendue en avant de la peau; on le sectionne au ras de celle-ci et on en suture les lèvres aux lèvres du fourreau cutané.

Le 1^{er} septembre 1922, revoyant le malade, on constate que son état général s'est amélioré considérablement : suppression de toute

douleur, embonpoint recouvré, teint redevenu excellent, appétit et sommeil satisfaisants. Les bourgeons anaux et la fistule ont disparu. On constate au toucher rectal que la tumeur a diminué de volume; un petit écoulement par l'anus persiste.

La verge artificielle est un peu courte, un petit liséré de sphacèle s'étant produit à l'extrémité du fourreau cutané; cependant le malade peut l'obturer assez facilement et il se déclare en tous points satisfait du résultat de l'opération.

Le 22 octobre 1923, le néoplasme s'est généralisé à l'estomac et au foie. Le malade est dans la dernière période de la cachexie.

M. le professeur Bégouin fait remarquer, au sujet de ce malade, que la méthode de Lambret est une intervention assez difficile, que la plastie cutanée est longue et il pense que le procédé doit être seulement réservé aux malades atteints de tumeur complètement extirpable.

OBSERVATION II (inédite).

Recueillie dans le service de notre regretté maître, le professeur agrégé VENOT.

Procédé Lambret-Hayem.

M. X..., 42 ans, tonnelier.

Ce malade vint, le 10 mai 1923, à la consultation de M. le professeur agrégé Venot, parce qu'il rendait du sang et des glaires par l'anus au moment de la défécation et qu'il éprouvait des sensations de cuisson et d'élancements au niveau du fondement, particulièrement lorsqu'il allait à la selle. M. Venot diagnostiqua un néoplasme du rectum et le fit entrer dans son service de l'Hôpital Saint-André.

Antécédents personnels. — Bronchite à l'âge de 30 ans; a souffert de l'estomac à plusieurs reprises depuis l'âge de 35 ans environ; blennorrhagie vers l'âge de 22 ans, bien soignée et qui guérit d'une façon normale.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 54 ans d'une tumeur abdominale. Père mort à 63 ans de congestion cérébrale. Une sœur, opérée d'un kyste ovarien à l'âge de 28 ans, est morte d'une congestion cérébrale. Malade marié, femme plutôt mal portante ayant des bronchites tous les hivers régulièrement et ayant présenté une assez

forte albuminurie au cours d'une grossesse. Un enfant mort âgé de 5 jours.

Histoire de la maladie. — Dans le courant du mois d'août 1922, le malade s'aperçut que ses selles, normales jusqu'à ce jour, étaient accompagnées de quelques filets de sang peu abondant. Ces suintements sanguins persistèrent régulièrement jusqu'au mois de janvier 1923. A cette époque, il dit avoir eu une hémorragie très abondante qui accompagna les selles; cette hémorragie était constituée par du sang rouge dont il évalue la quantité à la contenance d'un verre environ.

Depuis cette époque (janvier 1923), pas de nouvelles pertes de sang appréciables en dehors de quelques suintements rougeâtres analogues à ceux constatés avant la grande hémorragie de janvier. Mais il y a un mois, au début d'avril, des pertes glaireuses, dysentériques s'ajoutèrent à ces accidents; elles précédaient souvent la défécation, mais s'écoulaient aussi en faible abondance en dehors de tout effort d'expulsion. Toutes les fois que le malade rendait des gaz, ces gaz étaient humides, accompagnés d'un peu de sang.

Les douleurs sont peu marquées; le malade se plaint seulement d'une légère sensation de cuisson siégeant dans le canal anal et apparaissant aussitôt après la défécation et l'émission des gaz; il accuse aussi une vague douleur dans la région du coccyx et du sacrum particulièrement nette lorsqu'il reste assis. Enfin, il dit avoir une légère difficulté pour uriner.

Pas de troubles digestifs, pas de vomissements, pas de constipation ni de diarrhée. L'appétit est conservé.

Examen local. — Au toucher rectal, le doigt, dès l'entrée, en plein canal anal, sent, à la partie postérieure gauche du conduit, une masse du volume d'une noix qui fait saillie dans la lumière. Cette masse est dure, bourgeonnante, semblant faire corps avec la paroi. Le doigt introduit dans le rectum en fait très facilement le tour et trouve très nettement la limite supérieure, le reste de la paroi du rectum semble à peu près saine. Le toucher amène du sang noirâtre et des glaires.

Biopsie le 15 mai 1923. L'anus ayant été préalablement dilaté, on prélève après raclage une parcelle de la tumeur et on l'envoie au

laboratoire aux fins d'analyse. Le diagnostic de cancer rectal porté à la suite de l'examen clinique est confirmé par l'examen histologique qui donne : *Épithélioma cylindrique végétant typique* (Sabrazès).

Opération le 22 mai 1923. M. le professeur agrégé Venot et M. le Dr Parcellier pratiquent un anus artificiel suivant le procédé de Lambret, avec la modification de Hayem.

Anesthésie générale. Incision sus-inguinale gauche de 8 centimètres environ parallèle au pli inguinal. Extériorisation du côlon sigmoïde et section de l'intestin entre les deux branches d'un écraseur; suture du bout proximal et du bout distal de l'intestin. Le méso est court; on le sectionne en respectant le plus possible de vaisseaux et on libère ainsi le bout supérieur. Le bout inférieur, bien suturé et touché au thermocautère, est abandonné dans le ventre. Taille d'un lambeau cutané quadrilatère large à pédicule inféro-interne dont le grand côté inférieur continue l'incision sus-inguinale; la graisse est très peu abondante et le lambeau semble bien vascularisé.

On pratique une boutonnière dans la paroi; répondant au milieu du pédicule; on extériorise par cet orifice le bout colique supérieur sur une longueur de 10 centimètres environ. Suture de l'incision inguinale.

La confection de la trompe intestinale par enroulement et suture du lambeau cutané autour de l'intestin est facile; elle semble bien conformée. On suture la plaie résultant de la taille du lambeau et on applique un pansement aseptique.

Ouverture de l'intestin le troisième jour, après avoir bien protégé les sutures par un pansement adhésif.

Suites opératoires apyrétiques très simples. On ne constate aucun accident, ni sphacèle, ni infection. La cicatrisation est obtenue au bout de vingt jours.

La trompe est bien conditionnée et on peut déjà, un mois après l'opération, l'obturer assez facilement en la comprimant par un bandage de corps fortement serré. Il est vraisemblable que l'obturation serait devenue avec le temps à la fois plus simple et plus parfaite. Mais le malade meurt de shock opératoire, trois jours après l'opération abdomino-périnéale (30 juin 1923).

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Dr CHARBONNEL, chirurgien des hôpitaux, publiée in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1923, n° 12, p. 139.

Première technique de Lambret.

M^{me} X..., 53 ans, encore réglée, envoyée à l'Hôpital Bel-Air, dans le service de M. le Dr Charrier, pour épithélioma rectal bas situé, bourgeonnant et infiltré à la fois, entourant complètement la circonférence rectale, gagnant en avant la peau anale, la fourchette, un peu adhérent à la paroi vaginale postérieure, mais ne remontant qu'à 4 centimètres environ dans le rectum. La tumeur est mobile, les ganglions inguinaux ne semblent pas touchés, l'état général est un peu atteint : pâleur, etc...; tout ceci montre qu'une amputation périnéale élargie, avec résection de la paroi vaginale, est indiquée, précédée de l'établissement d'un anus iliaque de dérivation; cet anus sera définitif, puisqu'il ne peut être question d'abaisser le bout colique supérieur à travers le sphincter périnéal qui, envahi, doit être sacrifié. L'envahissement très bas de la paroi vaginale par un épithélioma très bas situé ne paraît pas non plus indiquer un premier temps par voie haute, en un mot, une abdomino-périnéale avec hystérectomie et colpectomie postérieure (A. Schwartz).

Donc, le 9 septembre, sous anesthésie générale, M. le Dr Charbonnel établit un anus définitif exactement selon le plan de Lambret; incision basse oblique sus-inguinale gauche; le côlon gauche est extériorisé facilement sans qu'un décollement colo-pariétal soit nécessaire. On en laisse filer le plus possible vers le bas, en vue de l'exérèse périnéale ultérieure qui sera à la fois large et haute. Section longitudinale première du méso-iliaque entre ligatures jusqu'au pied du méso (ceci pour assurer la mobilité du bout supérieur à extérioriser). Écrasement du côlon avec l'écraseur de de Martel à trois branches; section au bistouri de la partie médiane écrasée, ligature des deux parties latérales et enfouissement sous une bourse au fil de lin. Le bout inférieur ainsi fermé est fixé dans l'angle inférieur de la plaie entre paroi et péritoine. Au-dessus de la plaie sus-inguinale,

taille d'un lambeau autoplastique carré, à pédicule inférieur, qui semble bien vascularisé. Par une boutonnière musculo-aponévrotique faite à la partie inférieure du quadrilatère avivé, le bout colique supérieur est attiré, extériorisé sur 10 centimètres et entouré du lambeau dont le fourreau est fixé à la séreuse intestinale par de nombreux points de catgut pour éviter tout glissement ultérieur; l'intestin dépasse le bord libre du lambeau de 2 centimètres environ; pour le moment, l'extrémité en reste fermée. Sutures, drainage. A la quarante-huitième heure, section transversale du bout intestinal qui est fixé au pourtour du lambeau par une collerette d'agrafes de Michel. Trois ou quatre jours après, on constate que sur la circonférence de cette pseudo-verge il existe une sorte de plicature semi-circulaire qui semble gêner la circulation, car la muqueuse intestinale est très congestionnée; on dirait presque un paraphimosis! On le traite par une section cutanée longitudinale de 2 centimètres de débridement; dès lors, tout s'arrange. Le dixième jour, ablation des points et agraphes. Cicatrisation au quinzième jour. Pour le moment, on se contente de panser l'anus comme d'habitude, remettant les essais d'obliteration mécanique par striction au moment où la malade sera débarrassée de sa tumeur.

L'intervention large périnéale fut pratiquée trente-huit jours après l'établissement de l'anus (13 octobre) par M. le Dr Charrier. Les suites ont été, au début, assez graves. La réunion de la vaste plaie périnéale a demandé deux mois, et pendant tout ce temps on ne s'est guère occupé du fonctionnement de l'anus iliaque, au point de vue qui nous occupe.

Ce n'est que vers la fin de décembre qu'on s'en est occupé et actuellement la malade va à selle une seule fois tous les jours ou tous les deux jours; quand elle ressent le besoin, elle va aux cabinets et se nettoie elle-même; elle n'a jamais l'abdomen souillé de matières fécales; elle ne porte pas d'appareil et se contente de mettre sur son anus, qu'elle serre avec un cordonnet large, une assez grande épaisseur de gaze.

En somme, le résultat cherché au point de vue de la tolérance de l'anus artificiel est donc obtenu d'une façon tout à fait satisfaisante.

OBSERVATION IV

COMBIER et MURARD (du Creusot), in *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1923, n° 21.

Procédé Lambret-Hayem.

M..., 65 ans, nous est adressé pour un néoplasme très étendu du rectum situé au niveau de la partie moyenne de l'ampoule. Par son volume, par son degré de fixité, l'infiltration très étendue de la prostate et des parties voisines, le néoplasme est absolument inopérable. Nous décidons donc de faire, à titre palliatif, un anus iliaque gauche définitif.

Opération palliative le 7 avril 1923. Anus iliaque gauche par le procédé de Lambret; le lambeau cutané est taillé suivant la technique de M. Hayem. L'anse sigmoïde est assez courte, mais néanmoins on peut sectionner l'intestin et libérer l'extrémité supérieure sur une longueur suffisante, à l'aide de quelques légères entailles dans le méso-côlon. La section est faite après écrasement; on lie et on enfouit en bourse les deux bouts; les chefs du surjet d'enfouissement sont gardés comme tracteurs. Le bout supérieur est passé à travers une boutonnière musculaire faite dans l'épaisseur des muscles larges de l'abdomen et fixé à la boutonnière péritonéale par deux fils. Puis il est habillé très aisément par le lambeau cutané. Le bout inférieur est fixé à l'angle interne de la plaie sus-inguinale.

Suites opératoires simples. Le bout supérieur est maintenu fermé durant quarante-huit heures par la suture circulaire d'enfouissement. Le malade n'ayant pas éprouvé de grosses coliques, la fermeture a pu être maintenue sans inconvénients.

Après deux jours, on ouvre à l'aide de la pointe du thermocautère. Les matières ne commencent à s'écouler que le cinquième jour. On note un léger gonflement du manchon cutané qui disparaît très rapidement avec des pansements humides. Aucune trace d'infection sur le reste de la suture. Pas de sphacèle. Réunion par première intention sur tous les points. Ablation des fils dans le délai habituel.

Le malade se lève au quatorzième jour et quitte la clinique au

dix-huitième. L'occlusion de l'anus est réalisée de la façon suivante : un capuchon de toile, épousant la forme de la pseudo-verge intestinale, l'emboîte assez exactement; le capuchon porte à sa base, de chaque côté, une bande cousue qui embrasse la ceinture et dont les deux chefs se nouent sur les reins. Le capuchon est ainsi bien maintenu en place, la pseudo-verge étant située à peu près au niveau de la taille. D'autre part, le manchon obture l'intestin par l'intermédiaire d'une bande de toile qu'on roule serrée autour de lui. Le port de ce petit appareil très simple ne provoque aucun désagrément; le malade se sent très bien. L'appareil est enlevé deux fois par jour et remplacé par un autre appareil propre. Le résultat obtenu est de tous points satisfaisant. Il se poursuit aux dernières nouvelles (15 mai).

OBSERVATION V

G. BONNAL (de Marseille), in *Archives franco-belges de chirurgie*, 1923, numéro d'août.

Procédé Lambret-Hayem.

M^{me} X..., 73 ans.

Cancer du rectum très haut situé que l'on atteint seulement au toucher avec l'extrémité de l'index, montrant un canal très rétréci. Lorsque je vois la malade pour la première fois, vers le 10 mai 1923, elle a eu, à un mois d'intervalle, deux petites crises d'occlusion intestinale n'ayant duré que quelques heures; malade très amaigrie.

Ayant eu l'occasion de voir dans le service de M. Imbert deux malades porteurs d'anus artificiels pratiqués par mon ami Hayem suivant le procédé de Lambret avec la modification qu'il a apportée à ce procédé, et très fâcheusement impressionné par les misères qu'endurent ces malheureux porteurs d'anus artificiels définitifs non continents, ou plus exactement ne pouvant pas être obturés, je décidai de faire à ma malade un anus de Lambret avec la modification de Hayem. C'est ce que je fis le 18 mai.

Rachianesthésie à la syncaïne à 4 p. 100 (8 centigrammes). Incision iliaque parallèle au pli inguinal de 10 centimètres. Ouverture de l'abdomen, découverte du côlon pelvien qui est sectionné aseptiquement

et dont les deux bouts sont fermés. Le bout inférieur est fixé à l'angle inférieur de la plaie; le bout supérieur est mobilisé sur 12 à 15 centimètres en respectant sa vascularisation, c'est-à-dire en ménageant le méso le plus possible, en ne le sectionnant qu'assez loin de l'intestin, ce qui était facile dans ce cas, la malade étant très amaigrie et le mésocôlon très long.

On taille alors le lambeau suivant la technique préconisée par Hayem; ce lambeau a comme long côté l'incision précédente prolongée en dehors, comme côté court une incision perpendiculaire de 12 centimètres; il en résulte que son pédicule est inféro-interne.

Sur l'index introduit dans l'abdomen, je pratique un orifice répondant au milieu de la charnière, à 2 centimètres en dehors, et le bout supérieur du côlon, avec son méso, est extériorisé par là.

Je suture les plans profonds de la première incision et il ne reste plus qu'à revêtir du lambeau cutané la petite cheminée intestinale, en prenant la précaution qu'indique Lambret, de fixer avec deux ou trois points la peau à l'intestin, pour éviter le glissement de la rétraction du côlon dans son fourreau.

Il ne reste qu'à fermer la brèche cutanée réduite à une surface losangique à grand axe vertical ce que, dans le cas de ma malade, j'ai pu faire très facilement, la peau s'y prêtant très bien.

Suites opératoires très simples. J'avais laissé dépasser du fourreau, assez largement, le moignon intestinal dans la crainte qu'il ne fût pas suffisamment nourri. Je ne sectionnai la portion dépassante que trois jours après, ce qui a le grand avantage d'empêcher, pendant ce laps de temps, que les sutures soient souillées. D'ailleurs, je n'eus aucun ennui du côté des sutures; seulement une petite désunion à la racine de cette pseudo-verge. Ce succès est dû, je crois, à la laxité des téguments et aussi au soin que je pris de recouvrir ces sutures de vaseline (le tulle gras Lumière réussit parfaitement) et surtout au fait que la cheminée fût toujours rabattue en dedans, de telle façon que les matières s'écoulaient sur le flanc droit laissant le flanc gauche, avec ses sutures, en dehors de la région contaminée. Je crois que ce point de détail a son importance.

J'ai été frappé par la simplicité de l'intervention. Je suis de l'avis de Lambret qui considère que les procédés de tunnellisation présentent de graves inconvénients.

Chez cette malade, au contraire, on peut, en coudant l'intestin sur le plan abdominal et en le maintenant ainsi au moyen d'un bandage de corps, ou mieux encore en fermant l'anus avec des bandes de leucoplaste, obtenir une obturation presque absolue.

En somme, le résultat cherché au point de vue de la tolérance de l'anus est obtenu d'une façon presque parfaite et donne entière satisfaction à la malade.

B. — Observations défavorables.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de MM. les Drs CHARBONNEL et MICHELET.

Procédé Lambret-Hayem.

M. X..., 53 ans, garde champêtre. Ce malade entre, le 7 mai 1923, à l'Hôpital Bel-Air, dans le service de M. le Dr Charrier, parce qu'il perd du sang par l'anus.

Histoire de la maladie. — Il y a dix ans, il avait constaté déjà qu'il perdait un peu de sang rouge en allant à la selle (hémorroïdes probables). Il y a sept mois (octobre 1922), apparition de symptômes importants, besoins impérieux d'aller à la selle sans résultat ou avec un résultat insignifiant, un peu de sang rouge s'écoule alors. A partir de cette époque chaque selle est accompagnée de la perte de quelques gouttes de sang rouge. Les envies d'aller à la selle en même temps, se multiplient jusqu'à dix, douze fois par jour. Le malade a la sensation d'un corps étranger intrarectal qu'il ne peut parvenir à évacuer, malgré les efforts répétés de défécation que cette sensation suscite. La constipation, peu accusée au début, devient progressivement croissante, avec de temps à autre quelques débâcles diarrhéiques. Les matières diminuent de forme, de calibre en même temps que de quantité; elles deviennent laminées. Pas de glaires, mais un peu de pus parfois. Pas de douleur en dehors des sensations fréquentes de ténésme. Amaigrissement de 7 kilogrammes en six mois. Perte progressive des forces. A son entrée à l'hôpital c'est un homme

encore gros malgré la perte de poids des derniers mois, au teint un peu plombé, très légèrement cachectique.

Examen local. — Au toucher rectal, on se rend compte de l'existence à bout de doigt d'une tumeur annulaire, plus haute en avant qu'en arrière; masse dure, bourgeonnante qui saigne facilement sous le doigt. La muqueuse est un peu mobile; la tumeur fixée.

Diagnostic : Cancer du rectum.

Opération le 9 mai 1923. MM. les Drs Charbonnel et Michelet font au malade un anus iliaque suivant la technique de Lambret, avec la modification de Hayem destinée à assurer une meilleure vitalité du lambeau.

Anesthésie : Éther et chloroforme.

Technique opératoire : Incision inguinale, découverte du colon, écrasement facile de l'intestin, mais difficultés dans la suite de l'opération à cause de la graisse qui est abondante dans les mésos, sur les franges graisseuses, dans la paroi, sous le lambeau.

On enlève les franges graisseuses et on résèque le tissu celluloadipeux sous le lambeau de façon à pouvoir en entourer l'intestin extériorisé; la confection du fourreau à la suite de cette opération est assez facile. On suture la brèche cutanée et on draine à la partie déclive.

Suites opératoires. — On est obligé d'ouvrir le bout intestinal au troisième jour à cause de coliques assez intenses accompagnées d'un état général assez sérieux. A la suite de l'ouverture, évacuation importante de matières mi-liquides, mi-pâteuses; le malade se sent très soulagé. Mais on constate à cette époque du sphacèle de l'extrémité du fourreau cutané sur une étendue de 3 centimètres environ.

Le 15 mai, le sphacèle a progressé et s'est étendu presque à tout le fourreau; il y a un peu de suppuration. Cependant, au bout de quelques jours, les parties mortes tombent et la cicatrisation s'achève sans nouveaux accidents.

Le 2 juin, on cherche à relever au moyen d'une petite autoplastie le segment intestinal sur la paroi de l'abdomen; à la suite de cette retouche, l'anus artificiel reste encore assez bien pédiculisé sur une longueur de 4 centimètres environ; son fonctionnement est satisfaisant. L'état général s'améliore, mais le toucher rectal fait constater

que la tumeur a pris un développement rapide et qu'elle est complètement fixée.

Le 15 octobre 1923, revoyant le malade, on constate que la courte verge abdominale qu'il présentait encore après les accidents de sphacèle et la retouche autoplastique s'est rétractée beaucoup vers la paroi abdominale; l'anus artificiel de ce malade est encore légèrement saillant sur la paroi de l'abdomen, mais sa conformation, identique, à peu de chose près, à un anus iliaque ordinaire, nécessite le port d'un sac en caoutchouc. Le malade est, malgré tout, content du résultat de l'opération; il nous dit qu'il sent assez bien le besoin de défécation et l'évacuation des matières.

Le docteur Charbonnel pense que cet échec est dû au dégraissage du lambeau cutané, le chirurgien ayant, sans doute, été amené par cette mesure à sectionner les troncs vasculaires du tissu cellulaire sous-cutané, d'où sphacèle. Il en conclut que l'adiposité du sujet est une cause d'échec et que c'est une contre-indication à la méthode autoplastique de Lambret.

OBSERVATION VII (inédite).

Recueillie dans le service de M. le Dr LEFÈVRE, à l'Hôpital Bel-Air.

Première technique de Lambret.

M. X..., 73 ans, mouleur.

Ce malade entre à l'Hôpital Bel-Air, dans le service de M. le Dr Lefèvre, parce qu'il a de fréquentes envies d'aller à la selle, que la défécation est douloureuse et accompagnée de pertes de sang rouge.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Pas d'antécédents gonococciques ni syphilitiques. Opéré d'une hernie il y a vingt-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort paralysé. Mère morte en accouchant. Trois sœurs bien portantes. Marié; femme en bonne santé, âgée de 68 ans. Six enfants, dont deux actuellement en vie et bien portants; deux sont morts à la guerre, deux en bas âge.

Histoire de la maladie. — Les premiers symptômes qui ont attiré l'attention du malade remontent à environ six mois. C'est à cette

époque qu'il a remarqué pour la première fois que ses besoins d'aller à selle devenaient de plus en plus fréquents; faux besoins d'ailleurs, car, malgré la sensation qu'il éprouve d'un corps étranger dans le rectum qu'il voudrait expulser, il ne parvient avec les plus grands efforts qu'à évacuer des glaires et un peu de sang rouge. Ses envies de défécation deviennent rapidement plus fréquentes, obligeant le malade à aller aux cabinets jour et nuit, jusqu'à vingt fois par vingt-quatre heures, dit-il. Ces efforts de défécation sont très douloureux; sensation de pesanteur au périnée et d'un corps étranger impossible à évacuer. Le malade n'a pas remarqué que ses matières aient changé de forme et de volume.

En même temps que ces premiers signes du côté du rectum, le malade constate que ses envies d'uriner deviennent de plus en plus fréquentes, accompagnant chaque effort de défécation; les mictions sont douloureuses; sensation de brûlure dans l'urètre.

Cependant, l'état général est resté bon; le malade dit ne pas avoir maigri depuis six mois. Pas de perte des forces ni de l'appétit.

Examen à l'entrée à l'hôpital (début d'octobre). — A la palpation, ventre souple, indolore. Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. Pas de ganglions inguinaux. Deux cicatrices d'opération de hernie.

Examen local. — Au toucher rectal, le doigt sent d'abord la muqueuse saine, puis tombe sur un bourrelet assez accentué, régulier et légèrement mobile; en arrière, le doigt perçoit une masse de consistance dure, irrégulière, bosselée, dont la palpation ne détermine pas de douleurs. Le lobe droit de la prostate est légèrement hypertrophié et difficile à séparer du reste de la tumeur; le doigt ramène du sang rouge.

Diagnostic : Cancer du rectum.

Opération le 11 octobre 1923. Le docteur Lefèvre pratique un anus iliaque suivant la méthode exacte de Lambret (première technique).

Anesthésie générale. Les divers temps se succèdent sans difficultés d'aucune sorte; le malade est peu adipeux; la libération et l'extériorisation de l'intestin sont faciles, le méso étant très lâche. Le lambeau est taillé suivant la première méthode indiquée par

Lambret (lambeau quadrilatère à pédicule inférieur). Dans le dernier temps de l'opération, confection du fourreau intestinal, une difficulté se présente : on est obligé, pour entourer la cheminée intestinale à sa base, de tirer assez fortement pour affronter les deux lèvres du lambeau. Fermeture de la plaie résultant de la taille du lambeau ; drainage.

Suites opératoires. — Ouverture de l'intestin le troisième jour. On constate au niveau de la suture, à la base de l'appendice intestinal, une zone semi-annulaire de sphacèle, résultant sans doute de la striction trop forte exercée lors de la confection autoplastique. Cette petite zone de sphacèle ne s'étend que très peu dans les jours suivants ; finalement, les parties mortes s'éliminent, laissant à leur place, à la base de l'appendice, une ulcération qui empiète un peu sur la paroi de l'abdomen. Cette ulcération se cicatrise rapidement dans les jours suivants, amenant une rétraction du fourreau à son niveau.

Revoyant le malade dans les premiers jours de novembre, on constate que l'appendice intestinal reste encore pédiculisé sur l'abdomen sur une longueur de 4 à 5 centimètres ; il est étranglé un peu à sa base par suite de la rétraction cicatricielle consécutive au sphacèle. On ne s'occupe pas encore de l'anus au point de vue de l'obturation ; on se contente de le nettoyer et de le panser matin et soir.

Dans le but de relever l'orifice intestinal et d'obtenir ainsi une trompe plus longue et plus facile à obturer, le docteur Lefèvre se proposait de faire une petite retouche autoplastique après l'extirpation périnéale.

Celle-ci est pratiquée sous rachianesthésie (syncaïne à 8 p. 100, 10 centigrammes + caféine, 1 cc. 5) le 7 novembre 1923. Mais le malade meurt huit jours après en état d'occlusion aiguë due à une bride étranglant l'intestin au niveau du jéjunum (15 novembre).

CONCLUSIONS

I. — Deux méthodes bien différentes se proposent d'obtenir la « continence » des anus artificiels : l'une emploie la contraction ou le simple tonus musculaire ; l'autre, l'oblitération mécanique. D'où, à ce point de vue, deux variétés d'anuses artificiels :

Les anus artificiels continents proprement dits ;

Les anus artificiels obturables.

II. — Les procédés qui cherchent à réaliser la première variété n'ont, dans aucun cas, réussi à procurer une continence absolue. Ceux qui emploient des appareils pour obtenir l'obturation assurent une fermeture de l'anuse plus complète, mais présentent plusieurs inconvénients dont les plus sérieux tiennent à la longueur et à la minutie de l'opération et à la difficulté de l'entretien de l'anuse.

III. — Des procédés qui ne comportent pas la création de tunnels cutanés, celui de Lambret présente le maximum d'avantages ; bien que ce soit une intervention encore assez longue et quelquefois assez difficile, ainsi que l'ont fait remarquer certains auteurs des plus autorisés, elle est cependant plus simple que celles qu'exigent les procédés par tunnellisation ; elle permet, surtout, d'obtenir un anuse artificiel facile à obturer et à entretenir propre. L'anuse extériorisé de Schwartz a l'inconvénient d'être fragile, la striction destinée à l'obturer s'exerçant sur l'intestin nu.

IV. — La première technique préconisée par Lambret a l'inconvénient de compromettre l'irrigation du lambeau cutané

et, par suite, d'exposer à son sphacèle. La modification de Hayem ou, mieux encore, celle de Lambret, concernant la taille du lambeau et la situation de son pédicule, permet, dans une très large mesure, d'éviter cet accident.

V. — Les contre-indications de la méthode autoplastique de Lambret sont : l'existence d'une tumeur inopérable accompagnée d'un mauvais état général et l'adiposité marquée, le dégraissage du lambeau préconisé par Lardennois ne mettant pas, dans beaucoup de cas, à l'abri du sphacèle.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 8 décembre 1923.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Doyen délégué,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAGGIO. — Sur les moyens de rendre les anus artificiels continents.
Il Policlinico (sezione chirurgica), 15 novembre 1922.
- BÉGOUIN. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 12 janvier 1923.
- BONNAL (G.). — Anus artificiel par le procédé de Lambret modifié par Hayem. *Archives franco-belges de chirurgie*, août 1923.
- BRENNER. — *Centralblatt für chirurgie*, 1913, p. 1452.
- CHALIER. — Thèse de Lyon, 1910.
- CHARBONNEL. — Anus artificiel obturable (technique de Lambret).
Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, année 1923, p. 138.
- Anus iliaque à la Lambret. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 juin 1923, et séance de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 15 juin 1923.
- CHAVANNAZ. — A propos de l'anus iliaque dans le cancer inopérable du rectum. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1922.
- COMBIER et MURARD. — Anus iliaque gauche par le procédé de Lambret. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, année 1923, n° 24.
- CUNÉO. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, année 1922.
- DELBET (Pierre). — Anus continent après résection du rectum. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1922, n° 14.
- DINANIAU. — Thèse de Paris, 1911.
- DISCUSSION sur le traitement du cancer du rectum. Société de chirurgie de Paris, séances du 3 novembre, du 10 novembre, du 1^{er} décembre 1920.

- DRÜNNER (L.). — Der pelottenverschluss des Künstlichen Afters. *Centralblatt für chirurgie*, Leipzig, 1922, p. 642.
- DUVAL (Pierre). — Continence d'un anus artificiel. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, année 1922, p. 880.
- ELLIOT. — Artificial anus. *China M. J.*, Shanghai, 1918, p. 236.
- FORGUE et MILHAUD. — La circulation du segment sigmoïdo-rectal. *Revue de chirurgie*, 1923, n° 1.
- FRANÇOIS (J.). — Anus artificiels continents par le procédé de la tunnellisation cutanée. *Presse médicale*, 1921, p. 335.
- FRANK (R.). — Plastischer Verschluss des Kunstafters. *Centralblatt für chirurgie*, 1922, p. 1369-1372.
- GOLDSCHMIDT (W.). — Sphincterersatz bei anus praeternaturalis. *Centralblatt für chirurgie*, 1921, p. 961.
- GUILLAUME. — Notes cliniques sur l'occlusion intestinale et son traitement. *Journal médical français*, 1922, p. 267.
- HANS (H.). — La tunnellisation à la Sauerbrück comme moyen de reconstitution d'un sphincter dans l'anus contre nature. *Centralblatt für chirurgie*, 1921.
- HAYEM (L.). — Modification au procédé d'anus iliaque de Lambret. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, année 1923, n° 10.
- HERTZ (J.). — Anus à éperon sur le côlon ascendant. Procédé de du Bouchet. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 30 octobre 1923.
- IMBERT. — Notes d'autoplastie. *Journal de chirurgie*, 1921, p. 413 et suiv.
- JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin, 2^e édition, 1910.
- KAISER (T.-I.). — Ueber Kontinenten Kunstafter. Eine neue methode anus praeternaturalis femoralis. *Klinisches chirurgie*, Tübing., 1921, p. 548-582.
- KURTZAHN. — Zur erziehung Kontinenz bei anus praeternaturalis. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig und Berlin, 1920, p. 619.
- LAMBRET (O.). — Anus contre nature pratique. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1922, n° 22.
- LARDENNOIS (G.). — Discussion sur le procédé de Lambret. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1923, n° 19.

- LUNA (DE). — Diagnostic et traitement des sténoses chroniques de l'intestin. *Marseille médical*, 1922, p. 584.
- MAUCLAIRE. — Anus iliaque avec torsion en boucle de l'anse intestinale pour obtenir la continence des matières fécales. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1921, p. 933.
- MARRO. — Continence des matières fécales dans la colostomie iliaque. *Annales of surgery*, février 1911.
- MONDOR. — Thèse de Paris, 1914.
- OKINCZYC (J.). — Les anus artificiels continents. *La Médecine*, octobre 1923, p. 28 et suiv.
- Cancer de l'intestin. O. Doin, 1923.
- OMBREDANNE. — Autoplasties d'appui et dispositifs de fermeture des orifices incontinents. *Presse médicale*, Paris, 1920, p. 833.
- Société de chirurgie, 16 mars 1921.
- PAUCHET (V.). — Présentation d'un nouveau cas d'anus iliaque continant (amputation abdomino-périnéale du rectum). *Paris chirurgical*, 1922, p. 426.
- Traitement du cancer du rectum. *Presse médicale*, 1920, p. 707.
- PROUST et HOUDARD. — Cancer du rectum. Essai d'anus artificiel par le procédé de Lambret suivi d'extirpation du rectum. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1923, n° 19.
- SCHWARTZ (A.). — De la continence des anus artificiels. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1922, p. 733, et *Paris médical*, 1922, p. 389.
- Extirpation du cancer du rectum chez la femme par voie abdomino-périnéale. Société de chirurgie de Paris, 20 octobre 1920.
- STERN. — Anus contre nature. *Journal de médecine de Paris*, 1920, p. 439-442.
- UNGER et SCHWABE. — Eine Hautschlauchmethode zum Verschluss des Künstlichen Afters. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig und Berlin, 1921, p. 587.

1218



